

**Beitrag zur Kenntnis der Psychosen
bei Lues cerebrospinalis**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der
Medizinischen Doktorwürde
an der
**Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin**

Von

Franz Hesse
aus Wiesbaden

Tag der Promotion: 4. August 1914

Emil Ebering, Berlin NW 7, Mittelstraße 29

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Passow

Referent: Prof. Dr. Bonhoeffer

Meinen lieben Eltern

Die moderne Psychiatrie beschäftigt sich zurzeit mit der Frage der syphilitischen Geistesstörungen. Während die frühere Forschung infolge der großen Schwierigkeiten des Problems, infolge der Vielgestaltigkeit der Bilder und auch wegen der Mangelhaftigkeit der früheren Untersuchungsmethoden sich mit der sicheren Festlegung des Krankheitsbildes der Dementia paralytica begnügte, alle davon abweichenden sicher luetischen Psychosen aber unter dem Begriff der Pseudoparalyse zusammenfaßte, blieb es moderner Forscherarbeit vorbehalten, Licht in das scheinbar unentwirrbare Chaos der auf luetischer Basis beruhenden Psychosen zu bringen.

Schon früh erkannte man, daß Störungen der psychischen Funktionen bei an Hirnsyphilis Leidenden vorkommen. Bell¹ beschrieb einen Fall von chronischer Manie bei einer syphilitischen Frau, die an Kopfschmerz und Epilepsie litt. Unter einer Quecksilberkur kam mit der Epilepsie auch die Manie zur Heilung. Es muß darauf hingewiesen werden, daß selbstverständlich auch leichtere Fälle von Hirnsyphilis ohne auffällige psychische Störungen verlaufen können. Später neigte man zu der Annahme der Komplikation sogenannter einfacher Psychosen mit Hirnlues. Wenn auch damals schon die Frage aufgeworfen wurde, ob nämlich die Syphiliserreger an sich das Gehirn so schädigen können, daß eine spezifisch syphilitische Psychose entstehe, oder ob solche Psychosen sich von den bei Nichtsyphilitikern bekannten in nichts unterscheiden, so konnte man sich damals nicht zu dem Glauben an spezifisch syphilitische Psychosen durchringen.

Es befaßten sich mit dieser Frage schon 1857 Hildebrandt² und 1861 Follen. Aus der späteren Zeit sind zu nennen: Wille³, Albers, Leidersdorf, Leubuscher, Engelstedt, Erlenmeyer, Kowalewsky, Jolly u. a.

Erlenmeyer unterschied in einer Monographie, die im Jahre 1877 erschien, unter den Geistesstörungen bei Syphilis:

1. die sogenannten einfachen Psychosen,
2. Geistesstörungen, die mit Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen einhergehen,
3. die verschiedenen Formen der allgemeinen Paralyse.

Einfacher war die Einteilung Fourniers, der unterschied:

1. einen chronisch depressiven Zustand mit Verfall des Intellektes,
2. akut verlaufende Fälle mit mehr oder weniger starken Erregungszuständen in Form von Delirium und Tobsucht, die er auf einen Reizzustand des Gehirns bzw. seiner Häute zurückführt.

Heubner erkannte ebenfalls das Vorkommen einfacher Psychosen bei Syphilitischen.

Er unterschied ferner aber drei Formen der Hirnsyphilis, bei denen er das Vorkommen psychischer Störungen beobachtet hat.

Bei der basalen Arteriitis ist hauptsächlich einfacher er vorwiegend Zustände von Verstimmung und Gereiztheit, die entweder als Depression oder expansive Erregungszustände enden und nicht selten mit Gedächtnisschwäche und Intelligenzdefekten einhergehen.

Bei der basalen Arteriitis ist hauptsächlich einfacher Schwachsinn die Folge, während bei der vorwiegend an der Hirnoberfläche entwickelten Endarteriitis es häufig zu Rauschzuständen mit halber Bewußtlosigkeit und Dämmerzuständen kommt.

Alle von Heubner angegebenen Formen können mit

organischen Lähmungs- oder Reizerscheinungen einhergehen.

In der Folgezeit wurde das Thema: Geisteskrankheiten und Syphilis in verschiedenen Arbeiten Kowalewskys⁶ verfolgt, der sich im allgemeinen an die von Fournier gegebene Einteilung hielt.

Schon vorher hatte Gerhardt⁷ gezeigt, daß die Symptome der Hirnsyphilis, entsprechend der mannigfachen Qualität und Lokalisation der anatomischen Grundlagen, sich in unendlich vielen Formen und Kombinationen darstellen können. Infolgedessen sei die Haupteigenschaft der Hirnsyphilis die Vielgestaltigkeit der Symptome.

Mit der Differentialdiagnose der Lues cerebri und Paralyse beschäftigt sich Wickel⁸. Die Lues cerebri unterscheidet sich gegenüber der Paralyse durch ihren langsameren Verlauf und durch die bei rechtzeitiger Behandlung günstigere Prognose. Auf körperlichem Gebiet zeigt die Lues cerebri mehr Herderscheinungen von passagerem Charakter als die Paralyse. Die Demenz führt nicht wie bei Paralyse gradatim zur völligen Verblödung, sondern ist verschieden, mehr stabil. Die Pupillenstörungen, die bei Lues cerebri häufiger mit Augenmuskellähmungen einhergehen, können nicht so sehr zur Differentialdiagnose herangezogen werden.

Klein⁹ sieht ebenfalls an der Hand seiner Fälle und auf Grund der anatomischen Untersuchungen Tuczecks¹⁰ den Unterschied der Lues cerebri gegenüber der Paralyse in der wenig progredienten geistigen Schwäche. Die psychischen Erkrankungen verlaufen dabei unter dem Bilde funktioneller Neurosen und Psychosen (Neurasthenie, Hysterie, Melancholie, Manie, halluzin. Verwirrtheit, Paranoia). Auch hier steht der Wechsel der psychischen und somatischen Symptome im Vordergrund.

Bei der chronisch verlaufenden diffusen Lues cerebri entsteht häufig ein Krankheitsbild, das durch die Gehörs-

täuschungen und krankhaften Eigenbeziehungen und ihre wahnhafte Verarbeitung dem der chron. halluz. Paranoia durchaus ähnlich ist.

Jolly¹¹ führt aus, daß durch Syphilis Zustände allgemeiner Nervosität auftreten, die geeignet sind, weiterhin zu mehr oder weniger schweren Formen geistiger Störung zu führen. Klagen über Kopfschmerz, zeitweilige Benommenheit, Schwindelempfindungen, gelegentlich Schwierigkeit der Sprache, oft auch plötzliches Versagen des Gedächtnisses; ferner vom Rücken ausstrahlende Sensationen, Reifgefühl, Stiche und Reißen in den Extremitäten, Gefühl von Einschlafen der Glieder, vorübergehendes stärkeres Schwächegefühl, bald in einer ganzen Extremität, bald nur in einzelnen Muskelgruppen. Es sei eine Eigentümlichkeit des syphilitischen Virus, daß es auf alle Teile des Nervensystems einzuwirken vermöge und deshalb die mannigfachsten Kombinationen von Krankheitserscheinungen zuwege zu bringen vermöge. Es gebe keine Form geistiger Störung, die nicht gelegentlich bei Syphilitischen und infolge von Syphilis zur Entstehung kommen könnte. Nonne¹² gelangt zu demselben Resultat. Er faßt seine auf Grund von verschiedenen zitierten Fällen und eingehendem Literaturstudium erworbene Meinung dahin zusammen: Es gibt keine Form psychischer Störung, von den diffusen Zustandsbildern einer allgemeinen Ernährungsstörung im Gehirn an, durch die verschiedenen Formen der bisher noch ohne bekannte anatomische Veränderungen verlaufenden einfachen Psychosen, bis zu den auf dem Boden lokaler und diffuser organischer Hirnerkrankung entstandener Psychosen, die nicht im Gefolge der Syphilis zur Beobachtung gelangen.

Jolly l. c. erwähnt dann ferner als zu den häufigeren Formen gehörend die meistens aus der Neurasthenie unmittelbar sich entwickelnde melancholische Depression von vorwiegend hypochondrischer Färbung. Dann nennt er

Melancholie sowohl in agitierter wie in stuporöser Form; vereinzelte Fälle von echter Manie; eben so selten reine Paranoia. Wesentlich häufiger dagegen und geradezu charakteristisch für die Syphilis sei die sogenannte Amentia; die Zustände des akuten Deliriums, der akuten Verwirrtheit mit mehr oder weniger massenhaften Halluzinationen. Ebenso komme sehr häufig vor die Dementia: Gleichgültigkeit, Interesselosigkeit, Vernachlässigung der gewöhnlichsten Pflichten. In der Intensität dieser Symptome seien auffallende Schwankungen bemerkbar. Seltener sei diejenige Art der Verwirrtheit mit vollkommenem Defekt der Merkfähigkeit, der Fähigkeit, frische Eindrücke dem Gedächtnis einzuverleiben und sie mit früheren zu assoziieren. Dann erwähnt er die sekundäre Demenz nach melancholischen Zuständen und besonders nach Amentia. Die Demenz verlaufe bald gleichmäßig progredient, bald bleibe sie stationär. Sogar ganz erhebliche Rückbildungen dieses Demenzzustandes träten ein. In einzelnen Fällen erfolgte eine nahezu vollständige Heilung. Es handelte sich dabei jedoch um eine relative Heilung; es bleibe eine gewisse Minderwertigkeit.

Schüle¹³ betont das jähe Hereinbrechen schwerer psychischer Krankheitssymptome, die häufig durch eine tief melancholische, hypochondrische Stimmung, intensive Stirnkopfschmerzen und neuralgiforme Schmerzen eingeleitet würden. Daneben legt dieser Autor Wert auf die eigentümliche Form des Schwachsinnns so zwar, daß nicht, wie bei der klassischen Paralyse, das geistige Leben in toto zugrunde gehe, sondern daß bei der Lues cerebri mehr ein partieller geistiger Defekt entstehe: „So können sich Witz und Borniertheit, Gemüthlichkeit und Brutalität, Bescheidenheit und Prahlerei, gute Sitte und rohes, oft unanständiges Wesen neben einander lagern, resp. einander ablösen.“ Zwar sind ausgiebige Remissionen bei der Lues cerebri seltener als bei der klassischen Paralyse, erreichen aber, wenn sie vorkommen, einen so

hohen Grad, daß es bis zur Wiederkehr der vollen Krankheitseinsicht und bis zur Wiederherstellung der normalen Koordination auch in den feineren Muskelbewegungen kommen kann. Es gibt sogar solche scheinbaren Rekonvaleszenten, welche durch ihre Haltung, das Feuer ihres Geistes und die Innigkeit ihres Gemüts gelegentlich entzücken. Maßlose Größenideen auf der Höhe der maniakalischen Exalteration kommen nach Schüle ebenso gut vor wie bei der Paralyse.

Ziehen¹⁴ erwähnt unter anderen das Vorkommen korsakoffartiger Zustandsbilder bei Lues cerebri. Auch dieser Autor fand bei der Lues cerebri einen häufigen Wechsel der psychischen Symptome. Als allen luetischen Psychosen gemeinsam bezeichnet er einen mehr oder minder großen Intelligenzdefekt, der teils primär, teils als Folge von vorausgegangenen soporösen Zuständen, oder halluzinatorischer Verwirrtheit, oder kurzen Dämmerzuständen auftreten kann. Das Vorkommen einer chronischen Paranoia hat er seltener beobachtet.

v. Krafft Ebing¹⁵ beschäftigt sich ebenfalls eingehender mit der Differentialdiagnose der Lues cerebri und Paralyse.

Dasselbe Thema behandelt in verschiedenen Publikationen Westphal¹⁶. Unter anderem bringt er einen Fall einer Psychose, die mit Lichtstarre der Pupillen einherging und im Anschluß an eine Hemiparese sich entwickelt hatte. Die Psychose zeigte paranoiden Charakter, war mit optischen Halluzinationen ohne Gehörstäuschungen verknüpft und endigte nach vierjähriger Dauer mit Ausgang in Verstumpfung. Auch eine katatonieartige Psychose mit Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten und Pupillenstarre teilt er mit.

Es bleibt noch übrig, auf die Zusammenstellung der im Gefolge der Tabes auftretenden Psychosen hinzuweisen. Kassirer¹⁷ hat öfters das Vorkommen einer paranoiden Psy-

chose kombiniert mit Tabes beobachtet. Er bezeichnet diese Art von Psychosen, die er in sorgfältiger Differentialdiagnose von Paralysis progress. trennt, nicht als reine chron. halluz. Paranoia im Sinne Kraepelins (ein geschlossenes Wahnsystem mit und ohne Halluzinationen), sondern betont, daß den bei Tabes beobachteten Psychosen die systematische Verarbeitung der auf Grund der Halluzinationen entstandenen Wahnbildungen fehlt. Es sind das Psychosen mit Halluzinationen und Illusionen vorwiegend depressiven Charakters; der Affekt ist meist schwach und geht allmählich ganz verloren. Es kommt wohl zu schwachen Erklärungsversuchen, die aber nicht zur Ausarbeitung eines Systems führen. Es fehlt dabei die anspruchsvolle, reizbare Stimmung des Paranoikers.

Es fehlt auch nicht an Erklärungsversuchen für diese paranoiden Psychosen im Verlauf der Tabes, die auch schon von anderen Autoren beobachtet worden sind. Nach Pierret (zit. bei Kassirer) beginnt das Delirium in einem melancholischen Zustand, der seine Berechtigung in allen den Leiden findet, die der Kranke zu erdulden hat. Die geistige Störung wird progredient, indem in dem Maße, als die einzelnen Sinne durch tabische Sensationen affiziert werden, diese abnormen Empfindungen illusionistisch umgedeutet werden; seine Schmerzen schreibt der Patient imaginären Feinden zu, die Amblyopie gibt die Ursache für Gesichtshalluzinationen usw. ab. Der Verfolgungswahn, der auf dieser Grundlage entsteht, ist gekennzeichnet durch die Natur der Halluzinationen, die Realität der sensibeln und sensorischen Störungen und die Intermittenz der Wahnbildungen.

Pierret und sein Schüler Rougier fanden sehr energische Gegner in Nageotte¹⁸ und Möbius¹⁹, die die von Rougier zur Bekräftigung der Pierretschen Lehre angezogenen Fälle

als Paralyse oder als die zufällige Kombination von Tabes und Paranoia erklären.

Kassirer weist die Pierretsche Lehre nicht durchaus von der Hand, wenn er sagt: Halluzinationen sind auch in anderer Form und Verbindung bei den Tabespsychosen sehr häufig, und es wäre doch zu bedenken, ob die körperliche Erkrankung nicht vermöge ihrer Eigenart das Auftreten gerade dieser psychischen Störung nicht begünstigt. Ich denke dabei nicht an eine Art der Abhängigkeit, wie sie früher gelegentlich angenommen wurde usw. Er zitiert dann eine Reihe von Autoren wie Kirn, Rougier, v. Krafft-Ebing, Rey, Collela, deren Ansicht im wesentlichen darin gipfelt, daß durch die Ausbreitung der tabischen Läsion auf die Gehirnnerven — neben den psychischen Einflüssen wie Kummer, lange Dauer der Erkrankung usw. — die Ausbildung des paranoischen Symptomenkomplexes bedingt sein kann.

Als Erster scheint mir Neebe²⁰ darauf hingewiesen zu haben, daß neben dem zufälligen Vorkommen der Psychose bei Tabes der Gedanke an eine gemeinsame Ursache wie Belastung und Syphilis nicht von der Hand zu weisen ist.

In einer neu erschienenen Publikation, auf die ich später noch zurückkommen werde, spricht Plaut²¹ seine Verwunderung darüber aus, daß man sich bisher mit der Diskussion von Pierrets „spekulativer“ Hypothese über die Entstehung der Tabespsychosen aufgehalten habe und daß man nicht schon längst darauf gekommen wäre, angesichts einer Häufung von Gehirnerkrankungen von einer gewissen Gleichartigkeit bei Tabes nach einer gemeinsamen Ursache, die sich in verschiedenartiger Weise äußern könne, nämlich der Lues, zu suchen. Er vertritt die Auffassung, daß die Psychosen bei Tabes die Kombination einerluetischen Gehirnerkrankung mit einer metaluetischen Rückenmarkserkrankung sei, umsomehr als unter der Bezeichnung Tabes und Psy-

chosen eine größere Anzahl von Fällen mitgeteilt worden seien, die nur einzelne Symptome der Tabes darböten, also etwa nur Pupillenstörungen, und nicht einmal immer solche im Sinne der isolierten reflektorischen Pupillenstarre; Störungen, die also ebensowohl einer Lues cerebri wie einer Rückenmarkserkrankung zuzuweisen seien. Im Zusammenhang mit der Beobachtung, die er an dem von Otto Meyer²² an der Nervenlinik der Charité in Berlin gesammelten Material gemacht hatte, nämlich, daß Hirnnervensymptome bei der Kombination von Tabes und Psychose sich weit häufiger fanden als bei der Tabes Geistesgesunder, kommt er zu der Ueberzeugung, daß ein Teil der in der Literatur verzeichneten Fälle von Tabespsychose als eine paranoide Form der Hirnlues aufzufassen sei.

Nach dieser Abschweifung über Tabespsychosen komme ich auf das eigentliche Thema zurück. Die moderne Diagnostik hat durch die Erweiterung der anatomischen, cytologischen und serologischen Untersuchungsmethoden einen großen Fortschritt gemacht. Indem Nissl und Alzheimer uns lehrten, das anatomische Bild der Paralyse genauer festzulegen, boten sie uns die Möglichkeit, davon eine Reihe als syphilitische abzutrennen. Auf der anderen Seite haben die cytologischen Untersuchungen, besonders aber die serologischen Wassermanns, uns in den Stand gesetzt, den Verdacht auf das Bestehen einer Syphilis schon im Leben mit weit größerer Sicherheit zu begründen, als das früher möglich war, ja auch mit einer erheblichen Wahrscheinlichkeit die Abgrenzung von der Paralyse vorzunehmen. Plaut (l. c.) kam auf Grund eigener Untersuchungen und der anderer Autoren wie: Hauptmann, Nonne, Bergl, Dreyfuß, Wechselmann zu folgenden Resultaten:

Die Wassermannsche Reaktion ist nach den Untersuchungen Hauptmanns²³ im Blut + bei Lues cerebri in 80% der Fälle, bei frischer Lues immer +. Wassermann

im Liquor (bei Verwendung kleiner Dosen) bei Paralyse meist $++$, bei Lues cerebri fast ausschließlich $-$, ferner ist die Wassermannsche Reaktion $+$ (bei Verwendung größerer Liquordosen) bei Lues cerebri in 96% der Fälle.

Umgekehrt ergab der Liquor bei nichtluetisch bedingten organischen und funktionellen Psychosen selbst in hoher Konzentration nur in wenigen Fällen, bei denen der Verdacht auf eine latente Lues cerebri nicht von der Hand zu weisen war, spärlich positive Reaktion; bei den übrigen Fällen war die Reaktion $-$. Auf Grund dieser Zusammenstellung kommt Plant zu dem Resultat, daß als einziges diagnostisches Merkmal ersten Ranges für Lues cerebri das Auftreten der Wassermannschen Reaktion im ausgewerteten Liquor gelten müsse. Soweit ein metaluetischer Prozeß nicht in Frage komme, sei die Beweiskraft dieses Symptoms eine sehr große. Auch im negativen Falle sei dieses Symptom zu verwerten, da sein Fehlen in verdächtigen Fällen das Vorliegen einer Lues cerebrospinalis sehr unwahrscheinlich mache.

Dahinter träten die cytologischen Befunde an Bedeutung zurück. Nach den Untersuchungen Ravauts gehört bei frischer Syphilis Pleocytose, auch wenn gar keine klinischen Erscheinungen auf eine Erkrankung des Nervensystems hinweisen, zur Regel. Nach Plants Untersuchungen ist Pleocytose bei symptomloser Spätlues eine seltene Erscheinung (9%), während man bei Paralyse meist eine Lymphocytose vorfindet, so daß in zweifelhaften Fällen normaler Zellbefund gegen Paralyse spricht. Bei den dem Infektionstermin zeitlich naheliegenden entzündlich meningitischen Prozessen gehört eine Pleocytose wohl zur Regel. In späteren Stadien ist ihr Auftreten kein regelmäßiges, so daß das Fehlen derselben nicht gegen eine Beteiligung der Meningen spricht. Es ist also nur der positive Befund differentialdiagnostisch verwertbar, da er bei symptomloser Spätlues sehr viel seltener ist und da bei den gewöhnlich in Diffe-

rentialdiagnose stehenden organischen Affektionen nichtluetischer Genese hohe Lymphocytenwerte im allgemeinen fehlen. Nonnes Phase I ist wichtig bei der Differentialdiagnose zwischen organischen und funktionellen Erkrankungen und spricht für das Vorliegen eines organischen Prozesses, der nicht spezifisch zu sein braucht. Bei Nichtluetikern ohne organische Erkrankung des Nervensystems wurde sie nicht beobachtet. Immer positiv bei Paralyse. Bei Nichtsyphilitikern mit organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems ist Nonnes Phase I stark positiv bei:

1. infektiösen Meningitiden,
2. bei Tumoren des Rückenmarks,
3. bei Gehirntumoren (schwächer),
4. bei multipler Sklerose (selten).

Bei Nichtsyphilitikern spricht positive Phase I entschieden für eine organische Erkrankung.

Bei Luetikern mit gesundem Nervensystem ist Phase I meistens negativ. Wo sie positiv ausfällt, ist an eine latente Erkrankung zu denken.

Plaut (l. c.) berichtet dann über 13 Fälle eigener Beobachtung, bei denen er mit Hilfe der oben angeführten Untersuchungsmethoden teilweise mit Sicherheit, teilweise mit großer Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf Lues cerebri stellen zu können glaubt.

Er teilt das Material in

1. akute Formen,
 2. chronische Formen,
- und bringt in einem Anhang
3. syphilisverdächtige Psychosen im Senium.

Unter akuten Formen versteht er, unabhängig von der Art des Einsetzens, Psychosen von beschränkter Dauer, während er unter den chronischen solche zusammenfaßt, bei denen wesentliche psychotische Symptome, vor allem Wahnbildungen und Sinnestäuschungen auch nach dem Zu-

rücktreten der stürmischeren Erscheinungen noch für lange Zeit, meist wohl dauernd fortbestehen. In dem oben erwähnten Anhang bringt er drei Fälle von Psychosen, bei denen auch die Syphilis sichergestellt ist, bei denen er aber die Entstehungsmöglichkeit auf Grund von arteriosklerotischen und senilen Prozessen an der Hirnrinde nicht von der Hand weist. Er wird zu dieser Konzession umsomehr veranlaßt, als gerade durch die Forschungen neuester Zeit die bisher ziemlich beschränkte Anzahl klinischer Bilder von senilen Veränderungen bedeutend erweitert ist.

Unter der Gruppe der akuten Formen bringt er fünf Fälle, die beinahe alle einhergehen mit neurologischen Anzeichen einer Hirnlues, die teils gleichzeitig mit, teils vor der Entwicklung der Psychose auftraten. Die psychischen Bilder tragen nach Plauts eigener Zusammenstellung folgende gemeinsame Züge: In allen Fällen lagen Wahnbildungen im Sinne des Verfolgtwerdens vor, jedoch fehlte die kombinatorische Verarbeitung zu einem entwickelten Wahnsystem entweder vollständig oder war nur schwach angedeutet. Dagegen traten depressive Wahnideen in Form von Selbstanklagen oder dergleichen mehr in den Hintergrund. Am stärksten traten Sinnestäuschungen, besonders akustische, in Erscheinung. Die Stimmungslage wurde wesentlich von der Angst beherrscht. Der Affekt war jedoch im allgemeinen den Wahnvorstellungen nicht constant adäquat, sondern es fiel die Labilität, Flüchtigkeit und Beeinflussbarkeit der Stimmungslage auf. Bisweilen nahmen die Äußerungen der Angst einen übertrieben exaltierten Charakter an, so daß Zweifel entstanden an der gleichen Intensität des zugrunde liegenden Affektes.

Die psychomotorische Erregung hielt sich in mäßigen Grenzen. Ein gewisses Krankheitsgefühl war in allen Fällen mehr oder minder ausgesprochen vorhanden. Soweit die Übereinstimmung der Fälle. In bezug auf Qualität und

Intensität waren sie sehr verschieden. Ferner waren sie verschieden in bezug auf die Zeitdauer der Erkrankungen. Sie betrug wenigstens 18 Tage und längstens 10 Monate.

Unter der Bezeichnung chronische Formen faßt er ebenfalls fünf Fälle zusammen, bei denen sich als häufigste körperliche Symptome Pupillenanomalien und Störungen einzelner Reflexe finden. Objektive Sensibilitätsstörungen, Ataxie, Ausfallserscheinungen fehlten vollkommen.

Psychisch fanden sich in keinem Falle wesentliche Bewußtseinsstörungen. Ein beinahe regelmäßiges Symptom waren auch hier die Sinnestäuschungen, und zwar fast ausschließlich echte akustische Halluzinationen.

Auch bei den chronischen Formen herrschten die Verfolgungsideen meist auf der Basis der Halluzinationen überall vor; auch bei diesen Formen wurde eine eigentliche Verarbeitung und Systematisierung der Wahnideen vermißt. Nur in zwei Fällen traten ganz sporadisch Größenideen auf.

Wie bei den akuten Formen bestand bei diesen chronischen Formen noch ausgeprägter in beinahe sämtlichen Fällen eine gewisse Krankheitseinsicht.

Auf affektivem Gebiet war die Angst vorherrschend. Zuweilen, bei besonders starkem Halluzinieren, kam es zu Suicidversuchen und Drohungen gegen die Umgebung, kaum jedoch zur Aggressivität. Diese Angstaffekte dauerten selten länger an, sondern klangen im allgemeinen bald ab. In der Zwischenzeit war der Affekt schwach, die Stimmung heiter, auch wohl mürrisch und reizbar.

Ein ausgesprochen geistiger Verfall trat nirgends ein. In einem Fall, wo es zu wirklicher Verblödung kam, lag schon ein beträchtlicher angeborener Schwachsinn vor. Wohl aber kam es immer zu einer Herabsetzung des Vorstellungsvermögens und zu einer Einschränkung der geistigen Regsamkeit.

Endlich bringt Plaut in einem Anhang unter dem bereits erwähnten Titel: „Syphilisverdächtige Halluzinosen im Senium“ drei Fälle, die bei sehr verschiedenen körperlichen Symptomen, unter denen Pupillenstarre in allen Fällen fehlte, folgende gemeinsamen psychischen Züge trugen:

Es handelt sich um rein akustische Halluzinosen (nur in einem Falle treten vorübergehend auch optische Trugwahrnehmungen auf). Die Wahnbildungen traten hinter den Sinnestäuschungen zurück; eine systematisierende Verarbeitung war kaum vorhanden. Bewußtseinsstörungen traten nur in einem Falle vorübergehend auf. Die Stimmung war gedrückt in einem Fall, bei den übrigen heiter. Bei allen drei Fällen entwickelte sich eine gewisse gemüthliche Abstumpfung. Die psychomotorischen Erregungen waren gering. Zur Entwicklung einer senilen oder arteriosklerotischen Demenz kam es nicht.

Ein Fall gelangte zur Autopsie und wurde von Spielmeier mikroskopisch untersucht, es fand sich eine Arteriosklerose der Hirngefäße, aber keine luesverdächtigen Prozesse an Gefäßen oder Meningen.

Endlich hat in neuester Zeit Kraepelin sich noch mit dem Thema der Luespsychose befaßt²⁴. Dieser Autor widmet in der neuesten Auflage seines Lehrbuches der Schilderung der syphilitischen Geistesstörungen ein eigenes Kapitel. Neben anderen nervösen und psychischen Störungen, die im Gefolge der Lues auftreten können (syphil. Neurasthenie, Pseudoparalyse, deliröse Verwirrtheit, manische Zustandsbilder, Apoplektische Formen usw.) bringt er eine „paranoide“ Form der Hirnsyphilis, auf die es mir bei dieser Arbeit hauptsächlich ankommt. Es handelt sich dabei um Krankheitsbilder, in denen Wahnbildungen und Sinnestäuschungen die Hauptrolle spielen, die körperlichen Symptome dagegen nur schwach ausgeprägt zu sein pflegen.

Nach Vorboten in Form neurasthenischer Beschwerden, oder aber ziemlich plötzlich nach einem Schwindel- oder Ohnmachtsanfall äußern die Kranken Wahnideen, meist ziemlich dürftigen Inhalts. Sehr häufig sind dabei Eifersuchtsideen, vor allem aber Verfolgungsideen, die von allen möglichen Halluzinationen, vornehmlich aber akustischen, ihren Ausgang nehmen. Dabei besteht häufig ein ausgesprochenes Krankheitsgefühl, das vielfach auch in Zusammenhang mit den Beeinträchtigungen gebracht wird. Häufiger als Versündigungsideen sind Größenideen im Zusammenhang mit den Verfolgungsideen. Das Bewußtsein der Kranken bleibt meist ungestört; ganz vorübergehend können sie etwas benommen und unklar erscheinen. Personenverkennungen kommen vor, aber nicht als Folge von Bewußtseinstrübungen oder Sinnestäuschungen, sondern im Sinne des Wahnes.

Die Merkfähigkeit wie das Gedächtnis können Einbuße erleiden. Die Stimmung der Kranken ist sehr wechselnd, bald weinerlich verzagt, bald nörgelnd oder aufbrausend, meist aber euphorisch, zuversichtlich. Daneben hat er eine gewisse Abstumpfung der gemütlichen Regungen, Teilnahlosigkeit, Interesselosigkeit in den meisten Fällen beobachtet. Zuweilen treten heftige Erregungen ebenso rasch auf, wie sie wieder verschwinden. Das Benehmen der Kranken ist im allgemeinen ruhig und geordnet, nur zeitweise sind sie gereizt und ablehnend. Neben leichteren Anfällen, wie Ohnmachts-, Schwindelanfällen, auch wohl mal solchen epileptiformer und apoplektischer Art, finden wir auch sehr häufig körperliche Symptome, die auf die organische, insbesondere syphilitische Natur der Erkrankung hinweisen: Herabsetzung und Aufhebung der Pupillenreaktion, Verschiedenheit der Pupillenwerte, Steigerung und Herabsetzung der Sehnenreflexe, Fußklonus, Nystagmus, Opticusatrophie, Miosis, Augenmuskellähmungen, Hemiparesen, Blasenschwäche,

leichte Ataxie, Störungen der Sprache und Schrift, Diabetes insipidus, endlich eine meist mäßige Zellvermehrung in der Spinalflüssigkeit, und in etwa der Hälfte der Fälle Komplementablenkung im Blut. Alle diese Zeichen wurden aber auch da vermißt, wo die autoptische Untersuchung später das Bestehen einer Hirnlues ergab. Der Schlaf ist häufig gestört. Viele Kranke klagen über Kopfschmerzen. Der Verlauf ist sehr langsam. Es kommen längerdauernde Remissionen vor, die aber in allen Fällen in einen Zustand mehr oder minder ausgesprochenen Schwachsinnns hinüberführen, der in der Urteilslosigkeit, der Unsinnigkeit der Wahnbildungen, dem Verlust jeglichen Affektes und aller Initiative sich äußert. Bis auf einige wenige Fälle von Manieren und Stereotypien bleibt die äußere Haltung der Kranken ungestört. Den Zusammenhang dieser Form von Psychose mit Lues leitet Kraepelin erstens aus anatomischen Befunden und zweitens aus der großen Zahl der paranoiden Erkrankungen mit syphilitischen Begleiterscheinungen her. Von der Dementia praecox, der diese Formen früher wohl allgemein eingereiht wurden, unterscheidet sie das „Fehlen der eigentlichen Willensstörungen und jener inneren Zerklüftung der Persönlichkeit“, die die Dementia praecox auf den ersten Blick erkennen läßt. Die Kranken bewahren im allgemeinen tadellos ihre Haltung. Nur in gewissen weit vorgeschrittenen Endzuständen kommen zuweilen katatoniforme Zustandsbilder vor, denen möglicherweise eine Sonderstellung zukommt.

K. R., 30 Jahre alt, wird am 31. 4. 1913 in die Klinik eingeliefert.

Patient ist von seiten des Vaters erblich belastet: Der Vater hat zwei Nervenanfälle gehabt, die zeitlich 6—8 Wochen auseinanderlagen und beide Male ihn im Schlaf trafen. Es bestand danach voll-

kommiene Amnesie; er ist im Anfall umhergelaufen, hat die Betten umgeworfen, die Gesellen aus der Backstube gewiesen.

Patient selbst hatte nach dem vierten Lebensjahre kein Einnässen mehr, hat in der Schule gut gelernt, mit 14 Jahren aus der ersten Klasse entlassen. Nach der Schulzeit hat Patient bei einem Rechtsanwalt gearbeitet. Seit 4 Jahren Stenotypist. Schreibt Stolze-Schrey bis 230 Silben in der Minute. Er trug sich mit dem Gedanken, Parteiredner (Sozialdemokrat) zu werden. Nach Angaben seiner Ehefrau stets hohes Selbstbewußtsein gehabt. War überzeugt, daß er noch mal eine besondere Lebensstellung erreichen könnte, wenn er nur Geld hätte, und wenn sein Vater ihm eine bessere Erziehung verschafft hätte. Vor ungefähr 9 Jahren syphilitische Infektion. Er machte damals 4 Spritzkuren zu je 10 Spritzen Kalomel durch. Außer einem „Geschwür am Glied“ traten keine syphilitischen Erscheinungen auf. Mit 19 Jahren akquirierte Patient eine Gonorrhoe. Seit 1907 verheiratet, 2 Kinder, keine Aborte.

Patient war vom 12. August bis 23. September 1912 im Virchow-Krankenhaus wegen Blinddarmentzündung und Blasenkatarrh. Damals wurde eine Appendektomie gemacht. Vor 2 Jahren war Patient 4 Wochen in einem Genesungsheim in Berka an der Ilm. Hat schon früher viel an Kopfschmerzen gelitten. Seit März 1912 beobachtet Patient, daß sein Gang unsicher wurde, was sich immer mehr verschlimmerte. Dazu traten bohrende Schmerzen von den Knien an nach aufwärts. Im April d. J. kam eine vorübergehende Blasen Schwäche dazu. Seit 24. 4. 1913 arbeitet Patient nicht mehr (angeblich wegen Halsentzündung). Durch die Ehefrau erfahren wir über den Patienten:

Sie kennt Patienten seit 8 Jahren. Er ist von jeher ein stiller, grüblerisch veranlagter Mensch gewesen. Er hat nie Sinn für Vergnügungen gehabt, sich viel mit Politik beschäftigt, hin und wieder hat er auch mal gedichtet. Seitdem er als Stenotypist beschäftigt ist, ist er besonders unruhig, mißmutig und reizbar geworden. Aus den geringfügigsten Anlässen konnte er in Zorn geraten. Mit seiner Frau

lebte er häufiger in Unfrieden und bewachte sie mißtrauisch. Seit 2 Jahren zerstörte seine unbegründete Eifersucht das Eheglück vollkommen. Es herrschte ständig Streit und Zank. Im Zorn mißhandelte er seine Frau öfters, beschuldigte er sie, mit andern Männern Verkehr zu haben. Nach dem zweiten Wochenbett infizierte er seine Frau gonorrhöisch und behauptete nachher, sie habe ihn angesteckt. Unter anderm bat er im vergangenen Jahre die Sittenpolizei, man möge seine Frau beobachten, damit sie nicht auf die Straße ginge. Auch als ihm dort negativer Bescheid wurde, beruhigte er sich noch nicht. Aus Verzweiflung versuchte die Frau, sich und ihre Kinder mit Gas zu vergiften. (Sie kam dann in Untersuchungshaft und wurde später 14 Tage in hiesiger Klinik auf ihren Geisteszustand beobachtet. Das Gutachten lautete dahin, daß die Frau psychopathisch veranlagt sei, daß aber eine Psychose nicht vorliege.)

Der Mann hat dann die Ehescheidungsklage wegen Selbstmordes und ehelicher Untreue eingereicht. Er verfaßte damals einen Bericht über seine Frau, in dem er aus den nebensächlichsten Kleinigkeiten den Beweis für die Untreue herleitet (z. B. schlechtes Kochen, Unpünktlichkeit, Unsauberkeit). Bis dahin (Februar d. J.) hat Patient noch keine ausgesprochenen Verfolgungsideen geäußert. Er klagte öfters über Kopfschmerzen und Nachtschweiße. Aus der späteren Zeit berichtet die Frau folgendes: Als sie nach der Entlassung aus dem Krankenhause (am 1. März 1913) sich ihre Sachen aus der Wohnung abholen wollte, öffnete ihr Mann ihr nicht. Sie ließ sich dann die Wohnung öffnen und holte sich ihr Eigentum. Nun behauptet Patient, die Verwandten seien in seine Wohnung eingebrochen und hätten das Mitgenommene in der Wohnung eines gewissen M., der in demselben Hause wohnte, hinterlegt. Seit der Zeit glaubt er sich von diesem M. und dessen Genossen verfolgt, kaufte sich zu seinem Schutz einen Revolver, fuhr im Automobil zur Arbeit, da er sich auf der Straße nicht sicher fühlte. Im April 1913 trat er dem M. mit einem Revolver entgegen und bedrohte ihn. Bis 8 Tage vor Aufnahme in die Klinik hat Patient gearbeitet, dann wurde er wegen seiner wirren Reden nach Hause geschickt. Am 30. 4. 13 fiel es den Hausbewohnern auf, daß er

seit ungefähr 10 Uhr lärmend und tobend in seiner Wohnung umherwirtschaftete, man glaubte, er sei betrunken. Als um $\frac{1}{2}$ 1 Uhr der Lärm immer schlimmer wurde, schickte der Hauswirt zur Polizei. In der Zwischenzeit hatte er folgendes angestellt: er löste übermangansaures Kali in großen Mengen in Schüsseln und Kannen auf, überschwemmte damit die Fußböden, spritzte die Flüssigkeit an die Decke und Wände, verrammelte die Türen und behauptete, er müsse alles desinfizieren, da ein gewisser P. die Cholera bei ihm eingeschleppt habe. Auch hatte er Butter an die Wände geschmiert, um sie gegen Kugeln sicher zu machen, falls man ihn heute Abend angreife. Als die Schutzleute bei ihm anklopfen, öffnete er nicht, sondern schrie laut um Hilfe, brüllte zum Fenster hinaus, er wolle sich auf die Straße stürzen. Nachdem er die Schlüssel zum Fenster hinausgeworfen hatte, schlug er, als die Polizei eindrang, die Glasscheiben einer Tür ein, warf Gegenstände auf die Andringenden, ging mit einem Stuhl auf sie los. Es gelang nur mit großer Mühe ihn zur Klinik zu transportieren.

Die Angaben des Vaters: Die Mutter des Patienten war von Jugend an kränklich; sie hatte mit einem Augenleiden zu tun, das mit Kurzsichtigkeit einherging. Infolge einer Apoplexie ist der linke Arm jetzt gelähmt. Patient ist das älteste Kind; zwei Schwestern sind gesund, nur ist die eine etwas nervös, affektiv erregbar. Vier Geschwister sind klein gestorben: 1 an Brechdurchfall, 1 an Infektion nach Pockenimpfung, 2 Kinder sind gleich nach der sehr schweren Geburt gestorben. Patient wurde rechtzeitig normal geboren, war aber so schwächlich, daß an seinem Aufkommen gezweifelt wurde. Bekam die Brust. — In der Folgezeit entwickelte sich das Kind gut, lernte im 2. Jahre gehen und rechtzeitig sprechen. Als Kind war Patient immer lebhaft, zeigte ein reges Beschäftigungsbedürfnis, fertigte Schnitzereien an etc. In der Schule lebhaft, gutmütig, folgsam; lernte gut und besuchte 3 Jahre die 1. Klasse einer Berliner Gemeindeschule. Nach Verlassen der Schule ging Patient sofort zu einem Rechtsanwalt als Schreiber in Stellung, wo er als guter Arbeiter gelobt wurde. Er war stets strebsam, wollte mal selbständig werden, darum arbeitete er viel. Später fand er in der Redaktion des „Vor-

wärts“ eine Anstellung. Vor 6 Jahren Heirat, 2 Kinder. Patient sowohl wie seine Frau sind geschlechtskrank gewesen; Fehlgeburten hat seine Frau nie durchgemacht.

Die Ehe verlief von Anfang an nicht gut, die Frau zankte viel und besorgte Wirtschaft und Essen schlecht. In den letzten drei Jahren hat der Vater mit dem Patienten nicht in Konnex gestanden, da er sich mit seiner Schwiegertochter nicht vertrug. Vor drei Jahren fiel dem Vater auf, daß Patient nervös wurde, leicht affektiv erregbar, aufbrausend, wurde er sofort zornig. Soll bis zum Schluß seine Arbeit gut gemacht haben. In letzter Zeit war er sehr verstimmt über sein Familienunglück (Suicidversuch der Frau). Im Februar die ersten Beeinträchtigungsideen: In der Decke des Klosetts war ein Loch, durch das Patient, wie er dem Vater gegenüber äußerte, sich beobachtet glaubte. Schon im Januar strengte er gegen verschiedene Leute einen Prozeß an, weil sie bei ihm eingebrochen hätten. Weil er seine Frau nicht mehr in seine Wohnung herein lassen wollte, hatte er sich an der Korridortüre ein Sicherheitsschloß anbringen lassen.

(Nach dem Monatsersten trank Patient sich hin und wieder mal einen Rausch an; im übrigen vermied er aber den Alkohol.)

Vor drei Jahren hatte er einmal, als er angetrunken war, Streit mit seiner Frau, kam danach in die Elternwohnung (eine Etage tiefer), schimpfte wütend darüber, daß ein Kind in der Wohnung der Eltern war; dabei steigerte sich seine Erregung so, daß er seinen Vater am Halse packte und würgte und auf die Schwester mit einem Stuhle losging. Am folgenden Tage hatte er keine Erinnerung mehr an diesen Auftritt und hat auch immer sein damaliges aggressives Verhalten gegen seine Angehörigen abgestritten. — Seine Neigung zur Reizbarkeit und Affektsteigerung soll sich in der Zeit, als er beim „Vorwärts“ arbeitete, verschlimmert haben. Dort hatte er schweren und anstrengenden Dienst bis 11 Uhr abends. Er mußte dort Telefon und Schreibmaschine u. a. gleichzeitig bedienen. — Die größten Veränderungen zeigt Patient seit etwa 3—4 Wochen vor der Aufnahme.

Als seine Frau ihn verlassen hatte, mietete er, um den vermeintlichen Verfolgungen durch die Hausbewohner zu entgehen, eine in

einer anderen Straße gelegene Wohnung, wohin er den Rest seiner Wirtschaftssachen mitnahm. Hier fühlte er sich unheimlich berührt dadurch, daß sein Flurnachbar kein Namensschild an seiner Tür angebracht hatte. Er brachte diesen in Beziehung zu den Leuten, die bei ihm eingebrochen hätten. Er hat dann 3 Prozesse angestrengt: 1) gegen seine Frau wegen Ehebruchs; 2) gegen die Personen, die er im Verdacht hatte, den Einbruch in seiner Wohnung verübt zu haben; 3) gegen eine Zeitung, weil sie in dem Bericht über den Suicidsversuch seiner Frau geschrieben hatte, er (K.) sei schon mehrmals im Irrenhause gewesen. Er ließ durch den Gerichtsvollzieher auf die Möbel von 6—8 Leuten, die er des oben genannten Einbruchs bezichtigte, Beschlagnahme legen. Aus Furcht vor seinen vermeintlichen Gegnern zog dann Patient vor wenigen Tagen zu seinem Vater, wo er seitens lange Berichte mit Beweismaterial betr. des Einbruchs an den Staatsanwalt abfaßte. In den 3 letzten Tagen vor der Aufnahme in die Klinik wurde Patient auch nachts unruhig. Als er das Singen und Lärmen anlässlich einer Geburtstagsfeier aus den Nebenräumen hörte, meinte er, das seien die Mörder und nun könne es nicht mehr lange dauern, bis sie auch ihn holten. Er forderte den Vater auf, alles zu verbarrikadieren. Als er auf die Straße sah, glaubte er seine Gegner auf sich zukommen zu sehen. „Da kommen sie mit Blendlaternen und Kriminalbeamten. Jetzt pfeifen sie Signale.“ Nachts mußte die Lampe brennen, weil er im Dunkeln sofort seine Gegner auf sich zukommen sah und ängstlich erregt wurde. Aus Rücksicht auf die Gesundheit der Mutter veranlaßte ihn der Vater dann, in die eigene Wohnung zurückzukehren, wo er die oben geschilderten Szenen anstellte.

2. 5. Patient ist zeitlich und örtlich orientiert. Er weiß, daß er sich in der Klinik befindet, daß am Vortage ein großer Feiertag war, kennt die Stellung des Arztes.

Die Frau sei durch außerehelichen Verkehr geschlechtskrank; ferner sei sie unordentlich und eifersüchtig. Habe einen Selbstmordversuch mit Leuchtgas gemacht. Patient berichtet sehr ausführlich über seine bisherigen Erkrankungen unter genauer Angabe der Daten sei-

nes Aufenthaltes im Krankenhaus und Genesungsheim (Appendicitis, Cystitis).

In der Klinik bringt der Kranke im Wesentlichen die oben geschilderten Verfolgungsideen (Einbruch und Ueberfall) vor: Während er vorgestern zur Polizei gegangen sei, habe man ihm Geld gestohlen und seine Briefe durchwühlt. Als er dann zurückgekommen sei, sei alles wieder da gewesen. Die Täter hätten doch wohl Angst bekommen. Verlangt nach seinen Kleidern, er wolle im Auto nach Hause fahren und sich ins Bett legen; er bekomme hier doch nichts zum Gurgeln und sicher sei er hier auch nicht. Falls er die Erlaubnis zum Fortgehen nicht erhalte, wolle er Strafanzeige wegen Freiheitsberaubung stellen. Bezeichnet Patient B. als M., der sich habe den Bart abnehmen lassen.

Temperatur 37,5.

Körperlicher Befund: Mittelgroßer Mann in schlechtem Ernährungszustande, blasse Gesichtsfarbe. Pupillen r = l rund, mittelweit, reagieren träge und wenig ausgiebig auf Lichteinfall, bei Konvergenz gut. Kornealreflex fehlt. Facialis +. Schädel nicht klopfempfindlich. Trigeminus nicht druckempfindlich. Keine artikulatorischen Sprachstörungen, auch nicht bei schwierigeren Worten (Armeeorganisation). Augenbewegungen unbehindert. Bei Blick nach oben nystagmoide Einstellungsbewegungen, die mitunter auch bei seitlichem Blick auftreten. Auf der Conjunktiva bulbi rechts blutige Suffusionen, ebenso unter der Haut oberhalb des Orbicularis oculi. Muskulatur, namentlich der Beine sehr schlaff, hypotonisch, grobe Kraft gut erhalten. Patellarreflexe r = l + lebhaft. Bauchdeckenreflexe +. Tricepsreflexe —, Periostreflexe —. Knie-Hacken-Versuch deutliche Ataxie, Romberg +. Starkes Schwanken, Stehen mit geschlossenen Augen unmöglich. Sensibilität: Schmerzempfindung im allgemeinen nicht herabgesetzt; außer in einer unscharf begrenzten Zone im Bereich der l. Brustwarze. Gang ataktisch stampfend, in den Knien schleudernd. Rachen o. B. Augenhintergrund o. B. Wassermann: Blut +.

3. V. Patient erklärt seinen häufigen Aufenthalt im Nebensaal damit, daß er sich vor M. nicht sicher fühle.

In den ersten Wochen nach Aufnahme in die Klinik berichtet er, wenn man ihm Gelegenheit dazu gibt, ausführlich über seine wahnhaften Beeinträchtigungen und Vorstellungen gegen seine Frau und Hausbewohner.

4. 5. Temperaturen vormittags 37,2, nachmittags 38,0.

5. 4. Temperaturen vormittags 37,1, nachmittags 36,8.

6. 5. Temperaturen vormittags 37,1, nachmittags 36,8.

6. 5. Patient führe in der Nacht laute Selbstgespräche. Demonstriert jetzt einen kleinen Pigmentfleck an der Innenfläche der r. Hand. Er habe ihn nach Diphtherie bekommen. Das sei ein Zeichen einer eigenartigen Veranlagung. Bei ihm bedeute der Punkt eine besonders starke sexuelle Veranlagung. Bringt dann wieder den Verdacht der Untreue seiner Frau vor, den er mit den nebensächlichsten Tatsachen begründet: z. B. als er seiner Frau Vorwürfe wegen ihrer Unsauberkeit und Unpünktlichkeit gemacht habe, habe sie erwidert: „Warte man, ich werde den Leuten im Hause schon etwas erzählen.“ Das sei ihm besonders bemerkenswert, weil die Frau schon öfter Sachen erzählt habe, die der Wahrheit nicht entsprachen. Schon davor seien ihm Bemerkungen seiner Frau aufgefallen: „Mit welchem Frauenzimmer warst du denn heute wieder mit?“, Die Frau habe auch andere Leute gegen ihn beeinflußt. Andere Frauen, deren Namen er nennt, hätten auf ihn geschimpft und Drohungen gegen ihn ausgesprochen. Ein Hausbewohner habe ihm Lump, Strolch, Lausejunge zugerufen. Am 25. August 1911 habe er mit seiner Frau eine Auseinandersetzung gehabt, in deren Verlauf sie gegen ihn tätlich geworden sei, ihn mit heißem Wasser, mit einem Küchenmesser bedroht habe. Darauf habe er seine Frau hinausgeworfen. Infolge des Geschreis seien die Leute zusammengelaufen, unter ihnen M., der mit einem Stock gegen seine Tür geschlagen habe. Anfang April habe er seine Frau auf dem Alexanderplatz vom Omnibus aus gesehen. Sie sei einem Fremden lächelnd entgegengegangen. Bringt wieder die Verfolgung durch M.

vor. Er habe in seiner letzten Wohnung eines Tages aus der Nebenwohnung einen Knall gehört, $\frac{1}{2}$ Stunde später sei ein Kinderwagen über den Hausflur gefahren worden. Die im folgenden Tage in der Spree gelandete Leiche sei die der Wirtschalterin des M. gewesen, die M. wahrscheinlich erschossen und dann in die Spree geworfen habe.

28. 5. Nach einem ruhigeren Stadium ist Patient jetzt wieder sehr erregt: Alle Leute im Saale intriguierten gegen ihn. Ein Patient habe ihn geschlagen mit der Begründung, daß er der Mörder seines (des andern Patienten) Vaters sei. Die Briefe, die Patient S. verlesen habe, habe er (K.) an seine Frau vor Jahren geschrieben; er erkenne sie trotz der Verdrehungen des Inhaltes am Stil wieder. Seine Frau wohne bei einem Schwager des Patienten H., mit dem sie in unerlaubtem Verkehr stehe. Er schließe das aus den genau zutreffenden Bemerkungen des H., die sich auf geschlechtlichen Verkehr bezögen. Seine Frau habe ihm einen ganz gemeinen Brief geschrieben: „Die Kinder. (die bei seinen Eltern untergebracht sind) bekämen jetzt eine feine Erziehung.“ Das habe sie natürlich ironisch gemeint.

31. 5. Patient ist etwas ruhiger, freut sich über die Verlegung auf eine andere Station, die auf seinen Wunsch vorgenommen wurde; drängt auf Entlassung. Im übrigen bringt er die alten Wahnideen unverändert vor.

14. 6. Klagt seit einigen Tagen über Reißen in den Beinen; er habe es schon vor seiner Aufnahme hier gehabt. Die früheren Wahnideen werden weiter verarbeitet: Bei einer der Szenen mit seiner Frau hätten deren Freunde ihn tätlich angegriffen. Als er darauf durch den Hausflur gegangen sei, hätten dort 2 Frauen miteinander geflüstert. Im Vorbeigehen habe er die eine sagen hören: Wir wollen nicht als Zeugen aussagen, wir sagen einfach, wir haben nichts gesehen. Ueberhaupt seien die Leute alle gegen ihn feindlich gesinnt gewesen, ebenso auch hier; ein Patient habe ihn der Blutschande mit seiner (K.) Schwester bezichtigt, denn als diese gekommen sei, habe der Betreffende gesagt: Da kommt K.s Frau.

17. 6. Patient weiß, daß er sich in der Klinik befindet. Nennt Datum und Wochentag richtig. Kennt die Namen der anderen Patienten genau. Schwierigere Rechenaufgaben löst er ohne Anstoß.

24. 6. Leichte subfebrile Temperaturen. Auf den Lungen auskultatorisch und perkussorisch kein Befund.

4. 7. Die früheren Beeinträchtigungsideen werden unter Beibehaltung der ursprünglichen weiter verarbeitet: Vor mehr als 2 Jahren habe er M. schon unter anderem Namen als den Bräutigam einer Freundin seiner Frau kennen gelernt.

15. 7. Gibt die Namen der auf dem Saal liegenden Patienten und die Zeit ihrer Einlieferung genau an. Außer den bisherigen Beeinträchtigungsideen bringt er noch folgende an: Er glaube seinem Vater nicht, daß seine Frau in Stellung sei; zwar habe er keine Beweise dafür, aber er sei schon so oft beschwindelt worden. Betreffs des Einbruchs in seine Wohnung habe er noch keine Nachricht darüber, ob der Staatsanwalt schon Anklage erhoben habe. Ueber seine Frau rege er sich nicht mehr auf, da die Sache vorbei sei, seine Frau ihm nicht mehr zu nahe kommen könne. Die Kinder seien ja gut aufgehoben bei seinen Eltern. Seine Frau sei am 26. Februar aus der Charité entlassen worden. Erst am 8. März sei sie zu ihm gekommen. In der Zwischenzeit habe sie dem H. „rücken“ geholfen. Als Beweis dafür führt er an: Am 26. Februar sei er, um seine Frau abzuholen, zur Charité bestellt worden. Da er dieses abgelehnt, sei seine Frau offenbar allein entlassen worden. Aus einem an seine Frau gerichteten Schreiben der Armendirektion habe er ersehen, daß sie als Entlassungstag den 8. März angegeben habe. Aus einer Schilderung der Frau R. entnehme er, daß es seine Frau gewesen, die dem H. „rücken“ geholfen habe. Ferner entnehme er aus der Beschreibung (blonde Frau, gescheiteltes Haar, kariertes Tuch) einer Frau B., daß seine Frau sich als die Schwiegertochter der Frau H. über 4 Wochen bei dieser aufgehalten habe. Da er dieses am 1. April gehört habe, sei es ihm ein Beweis, daß seine Frau vor dem 8. März entlassen worden sei. Er habe auch der Armendirektion davon Mitteilung gemacht. Der Armendirektion habe sie auch eine falsche Adresse angegeben. Danach befragt, warum er nicht schon bei der letzten Exploration davon Mitteilung gemacht habe, erklärte er, nicht alles im Kopf

behalten zu können. Seine Frau habe 3 Personen gegenüber erklärt, daß sie mit ihm zufrieden sei: „Das glaube ich, den Großkotzigen spielen, sich von mir ernähren lassen, um mich zu ruinieren.“ Er berichtet jetzt genauer über den Ueberfall: P. habe ihm mit dem Schlagring auf den Kopf geschlagen, darauf sei er bewußtlos geworden. Wenn er jetzt entlassen werde, wolle er die Hilfe der Behörden gegen seine Angreifer anrufen, die ihm sicher noch weiter nach dem Leben trachteten. Dabei ereifert sich Patient und schimpft mit erhobener Stimme: „Das wäre noch schöner; etwas Tolleres kann es ja gar nicht geben.“

24. 7. In den letzten Tagen gelegentlich Steigerung der paranoischen Symptome. Gestern nachmittag gereizt, erbozt, verlangt energisch, entlassen zu werden. Hier würden Andeutungen auf ihn gemacht. Die Spitzelei habe er nun satt. Verlangte auch heute früh wieder seine Entlassung; es sei zu langweilig.

7. 8. Wegen Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend wird Patient auf die chirurgische Station verlegt; weil er die Operation (Lösung der Verwachsungen nach Appendektomie) verweigerte, am

9. 8. zurückverlegt.

19. 8. Befinden im allgemeinen gut; immer noch abendlicher Temperaturanstieg.

27. 8. Sehr erregt, schimpft auf die Plackerei, verlangt seine Entlassung, da er ganz gesund sei.

29. 8. Patient hat sich wieder beruhigt. Freundlicher und zugänglicher; fühlt sich ganz wohl.

20. IX. Hin und wieder mal kleine Erregungszustände, er wolle entlassen werden; wenn er nicht sofort entlassen werde, wolle er eine Klage wegen Freiheitsberaubung erstatten. Er sei des ewigen Geredes über ihn müde. Beruhigt sich aber jedesmal bald wieder.

3. 10. Patient verhält sich ruhig, antwortet auf Fragen freundlich und sagt, es gehe ihm gut.

13. 10. Will keine Halluzinationen mehr haben. Gibt das Datum richtig an. Kennt seinen Einlieferungstermin in die Charité. Kennt die Namen der Mitpatienten,

16. 10. Temperatur 38,2. Patient klagt über schlechte Stimmung. Eine Untersuchung der Lungen ergibt keinen Befund.

4. 11. Nach dem Essen bekam Patient Erbrechen (Schleim) und wurde sehr blaß im Gesicht. Der Aufforderung, sich ins Bett zu legen, kam er nicht nach, sondern schimpfte: „Ob ich so oder so drauf gehe, ist doch egal. Das muß doch endlich mal aufhören.“ Am Nachmittag fühlte er sich wieder wohl und war beruhigt.

11. 11. Nach Wachbericht schlief Patient heute Nacht fast garnicht und stöhnte viel. Danach befragt, ob er Schmerzen habe, erklärte er, der Kopf schmerze ihn sehr. Heute morgen sind die Kopfschmerzen verschwunden und Patient fühlt sich besser. Jeden Abend Temperaturerhöhungen bis zu 39 Grad.

14. 11. Wachbericht: Als Patient heute nacht austreten wollte, bekam er an der Klosettür einen Schwindelanfall, wobei er ganz blaß im Gesicht wurde und taumelte, so daß, um einen Sturz zu verhindern, der Wärter ihn halten mußte. Auf die Frage, was ihm fehle, antwortete er: meine schlechte Farbe ist auch erst hier im Krankenhaus gekommen.

16. 11. Anfall. Um 1 Uhr mittags wurde Patient plötzlich blaß und schwindelig und mußte schnell zu Bett gebracht werden. Nach einer Viertelstunde derselbe Anfall: Blässe des Gesichts, starke Schwellung der Halsvenen. Pat. bekam Zuckungen am ganzen Körper, besonders in den oberen Extremitäten, auf die Schüttelfrostbewegungen folgten. Temperatur: 38,3. Puls 140, regelmäßig voll. Bis 5 Uhr bekam Patient fünf derartige Anfälle. In den Zwischenpausen war er sehr blaß. Im Anschluß an die Anfälle murmelte er unverständliche Worte, streckte die Zunge heraus und brachte nur fallende Töne hervor.

16.—17. 11. Wachbericht: Pat. war bis 3 Uhr störend. Sang und piff halblaut vor sich hin. Auf die Aufforderung, sich ruhig zu verhalten, fing er jedesmal an, von seinem Vater und seinen Kindern zu erzählen. Dann aß er Apfelmus und Suppe, was er eine Stunde später wieder erbrach. Von $\frac{1}{2}$ 4 Uhr ab schlief Pat. bis zum Morgen.

17. 11. Pat. weiß von seinem gestrigen Anfall nichts, die Sprache ist wieder völlig in Ordnung. Keine Schmerzen, Wohlbefinden.

18. 11. Trotz guten Schlafes fühlt Pat. sich heute schlapp. Schlechte Orientierung. Welcher Wochentag? (Dienstag) Sonntag. Datum? (18. 11.) 10. November 1911. Die örtliche Orientierung ist vorhanden. Datum der Einlieferung wird richtig angegeben; rechnet dann auch richtig aus, wie lange er hier ist.

20. 11. Weiß nicht recht, wie er in diesen Saal gekommen ist; meint, es sei wohl in der Nacht geschehen. Wie lange hier?: Seit vorgestern, die Zeit, wann ich gekommen bin, weiß ich nicht. Pat. erkennt einige Mitkranke, mit denen zusammen er auf dem Wachsaal gelegen hat, wieder.

Datum? Kann ich nicht genau sagen. Mitte November 1913.

Wie lange hier? 1. Mai 1913.

Sprache stockend.

Sich selbst überlassen, verhält er sich gänzlich indifferent und interesselos, keine Spontanäußerungen. Kümmert sich nicht um die anderen Patienten.

24. 11. Lumbalpunktion. Es entleeren sich 4 ccm klaren Liquors. Reaktion Ph. I Trübung.

Ph. II starke Trübung.

Lymphocytose sehr stark.

Wassermann mit Herz Extrakt +.

26. 11. Weil in den letzten Tagen ruhiger, wird Pat. wieder auf eine ruhigere Station verlegt, von wo er jedoch wegen seines störenden Wesens am

27. 11. zurückverlegt werden mußte.

28. 11. Heute Anfall mit klonischen Zuckungen am ganzen Körper, Zyanose des Gesichts. Schließ bald darauf. Klinische Vorstellung: Pat. zeigt eine gewisse delirante Unruhe, zupft an der Decke, wälzt sich auf dem Untersuchungssopha, meist immer nach der rechten Seite, macht Greifbewegungen mit den Händen. Dieser Zustand ist im Anschluß an den Anfall aufgetreten.

Patellarreflex, Achillessehnenreflex: l.±, r. O.

Babinski: Dorsalflexion des ganzen Fußes.

Pupillen: reagieren schwach auf Lichteinfall.

Sprache lallend.

Nachmittags $\frac{1}{2}$ 5 und 5 Uhr je ein Anfall mit klonischen Zuckungen. Danach Benommenheit und Schlaf. Temperatur 40,5°.

29. 11. Während des ganzen Tages zeigte Pat. eine delirante Unruhe, machte Greifbewegungen mit den Händen. Sprache lallend und unverständlich; sang und pfiß oft vor sich hin.

Abend: 0,001 Hyoscin.

1. 12. Klinische Vorstellung: Oertlich gut orientiert. Zeitliche Orientierung: Jahr? 13. Jahreszeit? Herbst, es ist grau und alles abgefallen. Pat. zeigt Schwierigkeit der Wortfindung. Deutliches Stokken und Silbenstolpern.

Krankheitsgefühl ist höchstens für seine körperlichen Beschwerden, Ataxien, lanzinierende Schmerzen usw. vorhanden. Es zeigt sich eine grobe Störung der Merkfähigkeit, wozu im Gegensatz steht, daß der frühere Gedächtnisschatz gut reproduzierbar ist. Die Sprachstörung hat sich verschlimmert im Anschluß an die Anfälle.

7. 12. Pat. kann die Zeit seiner Einlieferung nicht mehr angeben, sagt, es sei schon längere Zeit her. Erkennt Referenten, den er vor 3 Monaten zum letzten Male sah, nicht mehr. Will ihn im Virchow-Krankenhaus gesehen haben. Die in den ersten Monaten geäußerten paranoiden Ideen sind vollkommen verschwunden; er wolle sich mit seiner Frau vertragen. Den Namen des M., den er damals als seinen Hauptwidersacher bezeichnete, kennt er nicht mehr. Auf eindringliche diesbezügliche Frage erklärt er affektarmen Tones, den Namen schon einmal gehört zu haben. Er bestreitet ferner auch seine frühere Aussage, daß seine Frau ihn gonorrhöisch infiziert habe. Wohl aber gibt er die vor der Ehe akquirierte Lues und Gonorrhoe zu. Als Grund für seine Stumpfheit und Interesselosigkeit führt er an, daß er still daliege, weil er nichts zu lesen habe. Sehnsucht nach seinen Kindern? Achselzucken: Ein paar Mal sind sie ja hier gewesen. Die Merkfähigkeit ist gestört. Eine vierstellige Zahl wird nach einigen Minuten falsch reproduziert.

Die Intelligenz ist herabgesetzt, wenn auch eine relativ gute Leistung im Rechnen, wohl infolge Uebung von seinem Berufe her, nicht in Abrede zu stellen ist. Er rechnet $5 \times 18 = 80$, $7 \times 19 = 103$, verbessert sich 133, 143. $6 \times 22 = 142$, verbessert sich 132. 18×27 rechnet er nach einem Fehler schriftlich richtig aus. Die Gedächtnisleistungen sind für die jüngsten Vorgänge herabgesetzt, während die früher seinem Gedächtnis eingepprägten Ereignisse und Daten gut reproduzierbar sind. So weiß er in der Geschichte, seiner Schulbildung entsprechend, gut Bescheid. Größenideen sind nicht nachweisbar.

Somatisch zeigt sich starke Zunahme der Ataxie und der Sprachstörungen. Die Nasalabialfalten sind verstrichen. Der Gang ist taumelnd, unsicher. Das Rombergsche Phänomen ist deutlich ausgeprägt. Das Nachsprechen von schweren Paradigmen gelingt nicht. Pat. läßt dabei Silben aus, während er andere öfters wiederholt. Die Sprache ist stockend.

Das ganze Krankheitsbild ist beherrscht von der Stumpfheit und Interesselosigkeit des Pat. Während Referent nachschreibt, sitzt der Pat. lässig da und stiert stumpfsinnig vor sich hin. Zu Spontanäußerungen ist er nicht zu bewegen.

C. S. 34 Jahre alt. Aufnahme in die Klinik am 17. 11. 1912. Von seiten der Mutter erblich belastet. Die Mutter ist unter einem paranoiden, nicht progredienten, Zustandsbild, das mit zahlreichen Sinnes-täuschungen — vornehmlich Gehörstäuschungen, infolge deren heftige Erregungen auftreten — einhergeht, erkrankt und befindet sich seit 13 Jahren in Anstaltsbehandlung in Scherbitz. Vater starb an Diabetes. Ein lebender Bruder ist gesund. Pat. kam bis zur ersten Klasse einer Gemeindeschule. Als Kind Masern und Diphtherie. 1902 angeblich Gelenkrheumatismus; sechsmonatige Krankenhausbehandlung. Pat., die zunächst als Verkäuferin tätig war, wechselte mit ihrem Beruf häufig ihre Stellung. Zuletzt trat sie als Kabarettkünstlerin auf.

Menstruiert seit dem 17. Lebensjahre. Sexueller Verkehr mit 21 Jahren. 1904 Lues, 2 Schmierkuren. Früher nahm Pat. täglich größere Mengen Sekt und Likör zu sich; seit 2 Jahren nicht mehr.

Am 17. 11. 12 Aufnahme in die Psych. Klinik der Charité.

Stat. psych. Die Pat. kam zu Fuß. Sie ist zeitlich und örtlich gut orientiert. Sie gibt an, seit 2 Jahren unter irgend einem Einfluß zu stehen. Sie sei immer so isoliert gewesen. Vor 4 Jahren sei ihr zum ersten Mal der Gedanke gekommen, daß sie unter Hypnose stehe. Sie hörte eine Dame, die hinter ihr stand, Dinge sprechen, die zwischen ihr und ihrem Freund vertraulich erörtert worden waren.

Stat. som. mittelgroß, ganz guter Ernährungszustand. Wenig kräftige Muskulatur.

Herz, Lunge, Abdomen o. B.

Puls 70—80 regelmäßig, weich.

Nervensystem: Pupillen r = l weit.

Lichtreaktion: l + r 0.

Konvergenzreaktion: + (wenig ausgiebig).

Augenbewegungen frei, kein Nystagmus, Kornealreflex +.

Augenhintergrund l o. B., r. Pupille unscharf begrenzt.

Facialis, Zunge, Sprache o. B.

Obere Extremitäten: Tonus, Motilität, grobe Kraft o. B.

Reflexe beiderseits +.

Koordination gut.

Untere Extremität: Tonus, Mobilität, grobe Kraft o. B.

Patellarreflex: l = r, Achillessehnenreflex + (beiderseits gesteigert).

Sensibilität: Etwas unterhalb der Brustwarzen etwa 2 fingerbreite, gürtelförmige hypalgetische Zone.

Ataxie 0, Tremor 0, Laségue 0, Gang o. B., Romberg 0.

Wassermann: Serum +.

18. 11. 12. Pat. gibt an, sie habe beim Nachmittagsschlaf geträumt, was, wisse sie nicht, aber es sei wahrscheinlich schon zu Papier gebracht worden. Das nehme sie bestimmt an, denn ihr Lebenslauf sei wie ein aufgeschlagenes Buch. Vor 2 Jahren habe sie eine Unterredung mit einem Kollegen und dessen Frau gehabt, im Verlauf deren der Kollege gesagt habe: „Sie hat einen verschlossenen Charakter und man kann trotzdem mit ihr von allem sprechen.“

Derartige Mißdeutungen und retrospektive Fälschungen, auf Grund deren sie ihre Beeinträchtigungsideen aufbaut, bringt sie noch mehrere; z. B.: Andere Personen wüßten über ihr Leben Bescheid und hätten das durch Schlagworte: „schön, aber unglücklich“, oder: „die schrammt ja doch bald ab“, zu erkennen gegeben.

Es käme ihr vor, als ob ihr ganzes Leben nicht unter ihrem Willen sich abspielte, als ob es unter einem Zwange, einer Suggestion stünde, als wenn ein zweiter Mensch in ihr wohne. Ihr Kommen in die Charité sei auch nicht mit ihrem Willen geschehen, sie sei wie verträumt gewesen, sie habe wohl gewußt, daß sie in die Charité ginge, es sei aber so automatisch gewesen, als ob ihre Augen zugeschwollen gewesen wären. — Die ganze Welt würde wohl über sie orientiert sein, nur sie dürfe es nicht wissen. An Hypnotismus und Suggestion glaube sie, jeder Blick eines fremden Menschen falle ihr auf. — Auch die Aerzte seien über ihren Lebenslauf orientiert durch ihre Telepathie. Dadurch, daß die Gedanken so schnell durch ihren Kopf schossen, werfe sie sie auch wieder zurück. So wüßten alle Leute, was in ihr vorgehe. Sie nahm sich mittags vor, sich beim Arzte zu beschweren und glaubte, dieser wisse dadurch schon von ihrer Absicht. Nach Stimmen befragt, gibt sie an, manchmal die Namen einiger Anverwandten gehört zu haben, an die sie im Augenblick gar nicht gedacht, oder für die sie gar kein besonderes Interesse gehabt habe. — Behauptet, seit 5 Wochen nicht mehr geschlafen zu haben und bringt das in Zusammenhang mit ihren Beeinträchtigungen.

Am 19. 11. 1912 schrieb sie folgenden Brief: Liebe Mutter! Also meinen Plan habe ich automatisch ausgeführt, und hat mir zu meinem Unglück nur das noch gefehlt, ich kann garnicht fassen, daß Ihr, da Ihr doch meine Geschwister seit, mir nicht erzählen könnt, was mit mir vorgeht. Hier bin ich nun und weiß ich nicht, warum ist doch mein Zustand immer derselbe. Schließlich und endlich hat man mich doch gehetzt wie ein Wild und ertrage ich auch noch das Letzte es sollte wol nicht sein, aber es mußte sein, ich würde Euch ja in meiner Verzweiflung händeringend bitten helft mir, aber alles das würde wol nicht nützen, da es ja nicht in Eurer Macht steht. Obwol ich es ja

nicht fassen kann einem Menschen den körperlich wie geistig die Kräfte zur Verfügung stehen um sich seinen Lebensunterhalt verdienen möchte unmöglich gemacht wird. Hier ist nun soweit, daß ich täglich hungere obwol doch meine Ansprüche nicht so groß sind. Ich komme mir beinahe vor als sei ich im Gefängnis, alles unter Schloß und Riegel, als würde man schon mit Idioten vereint, allerdings hatte ich mir die Sache ganz anders gedacht, zumal ich mich doch noch zu normalen Menschen rechne. Ich kann mir nur immer sagen, ihr seid ja doch alle besser unterrichtet als ich und es darf keinen Menschen geben, der mir das Rätsel löst. Nun liebe Metha es wäre ja ganz nett, wenn Ihr mal etwas von Euch hören lassen würdet, seit Ihr wol überzeugt ich bin es nicht bedürftig so habt doch Mitleid mit einem unglücklichen Leben. Sollte Euch nun die Möglichkeit zur Verfügung stehen, besucht mich morgen Mittwoch, aber nicht als Kranke? Bringt mir etwas Obst mit. Ich wollte mir hier etwas besorgen lassen, aber wie mir so vieles versagt ist, so auch dieser kleine Wunsch, also nicht einmal sein eigenes Geld erhält man. Wie unglücklich ich bin wenn Ihr es nicht wißt, mir fehlen dazu die Worte, wie es ein schönes Sprichwort gibt — Lerne leiden ohne zu klagen. Mein Klagen hat auch noch keine Erhörung gefunden. Also in der Hoffnung...

23. 11. Wird mit verweinten Augen vorgefunden, gibt an, sie sei so traurig, weil sie überall belästigt würde. Allerlei Lichtstrahlen, Blitze, Röntgenstrahlen schossen an den Wänden entlang, auch vom Kronleuchter kämen Strahlen auf sie zu. — Bisweilen sei sie in einem Traumzustande, das fühle sie an ihren Augen, denn sie sei vollkommen willenslos, automatisch: Wenn ihr jemand sage, sie solle aufstehen, so tue sie es, auch wenn sie gar nicht wolle. Manchmal werde sie von der höheren Macht derart beeinflußt, daß sie essen müsse, auch wenn sie gar keinen Hunger habe. Sie werde eben hypnotisiert, von wem, wisse sie nicht, aber jedenfalls von einem anderen Menschen. Sie sei das Medium. Alles geschehe wahrscheinlich so, weil sie etwas Besonderes sei, weil sie eine starke Geisteskraft habe. In der Zeit ihres Aufenthaltes hier im Krankenhause sei ihr aufgefallen, daß ihre Angehörigen sie sehr wenig besuchten.

24. 11. Man erklärt mir nicht, wer ich bin. Alle Kranken sehen mich so auffallend an.

27. 11. Sehr niedergeschlagen, traurig, weint vor sich hin. Fühlt sich von allen Seiten beobachtet, die Mitkranken sähen sie so scharf an, tuschelten über sie. Auch sonst werde sie telepathisch beeinflusst. Eine nähere Erklärung darüber kann sie nicht abgeben. Fühle sich auch sehr unglücklich, weil sie niemand habe, mit dem sie sich aussprechen könne. Quecksilberkur: 3,0 Natr. jodat. Weigert sich konstant einzunehmen.

2. 12. Nimmt die Verlegung in ein anderes Bett sehr übel. Man wolle sie damit schikanieren.

4. 12. Ich bin eine Sensation und dabei die Hauptdarstellerin. Mein Bett ist so unruhig; vielleicht ist es magnetisch. Vielleicht ist der Herr Doktor magnetisch.

6. 12. Im allgemeinen ruhig und geordnet. Fühlt sich dauernd von außen her beeinflusst. In jedem Buche befinden sich auf sie bezügliche Stellen.

9. 12. Gereizte Stimmung. Fühlt sich von den Mitkranken beeinflusst; schimpft über sie: „Ach Quatsch, albern, es sind ja alles dumme Gänse“. Ihre Beziehungsideen nennt sie Ueberzeugungen.

10. 12. Immer noch gereizter Stimmung. Gibt barsche Antworten. Fühlt sich zurückgesetzt.

12. 12. Ihr Bett vibriere häufig, weil es voller Magnetismus sei. Sie verbittet sich das Berühren des Bettes, weil der Magnetismus abgeleitet werde.

Bei der klinischen Vorstellung bringt sie unverändert ihre Beeinträchtigungsideen und Eigenbeziehungen ebenso ihre Förderungsideen vor. Ist gut orientiert, normale Merkfähigkeit, gutes logisches Reasonnement.

17. 12. Wieder sehr gereizter Stimmung. Will keine Suppe essen, weil sie zu salzig sei, damit wolle man ihr einen „Tort“ antun. Gegen den Arzt abweisend. Fragen sie doch nicht immer: sie wissen doch genau Bescheid.

18. 12. Zweifelt, ob ihr Bruder ihr richtiger Bruder sei, er trage

einen Ring mit Wappen; ob das nicht vielleicht auf vornehme Abstammung deuten könne. Für einen Prinzen sei er aber wiederum viel zu bürgerlich; er übe sein Handwerk aus, das passe doch nicht dazu. — Schimpft beim Verteilen des Mittagessens, weil sie nicht als Erste an die Reihe kommt; glaubt, man wolle sie zurücksetzen.

20. 12. Weil sie eine Sensation sei, wolle sie zum Kaiser gehen, der würde sie schon vorlassen, denn er sei von allem verständigt. Sitzt bei einer anderen Pat.; ist da nicht herauszubringen.

22. 12. Hält sich den ganzen Tag bei der Pat. Th. auf; hat verweinte Augen; reagiert kaum auf Anrede.

23. 12. Seit gestern wieder sehr gereizter Stimmung. Läuft im Zimmer umher, läßt sich nicht schmieren, fährt die Pflegerin an.

26. 12. Etwas ruhiger, die alten Beziehungsideen: Hypnose usw.

9. 1. 13. Ruhiger, liest viel.

15. 1. Wieder erregt; fühlt sich beim Verteilen der Mahlzeiten zurückgesetzt; schimpft deshalb laut.

19. 1. Immer noch erregt. Zankt laut mit den Pflegerinnen; hat ihnen dabei schon wiederholt den Rücken zugekehrt und die Röcke hochgehoben.

21. 1. Etwas ruhiger, bleibt im Bett, um niemand zur Last zu fallen.

24. 1. Weint, fühlt sich sehr unglücklich, weil doch ihr Hiersein etwas zu bedeuten habe. Abweisend. Streit mit Kranken und Pflegerinnen. Elektrizität ströme ihr aus den Augen. „Eine Reaktion ist auf mich eingegangen; ich liege in einem Narkoseschlaf.“

29. 1. Abweisend; meint, sie bekomme einen Tobsuchtsanfall. Die ganze Station sei eine Komödie, die Statisten, die da engagiert seien, gäben sich alle große Mühe, das müsse man sagen. Sie selbst sei dazu da, um alles genau zu beobachten, darum müsse sie im Bett liegen; dort sei ihr Beobachtungsposten. Ihre Augen reflektierten so stark. Neulich habe sie durch ein doppelt gelegtes Handtuch den Schatten ihrer Hand erkannt. (Es war abends bei Licht.)

3. 2. Gereizt, schimpft andere Kranke: „Alte Sau“. Meint, die zur

klinischen Vorstellung bestimmten Kranken hätten sie ganz genau beobachtet, um dort alles zu erzählen.

6. 2. Nach einer anderen Station verlegt, äußert sie bei der Exploration dieselben Beeinträchtigungsideen: Sie werde hypnotisiert, befinde sich wie im Traum, wisse nicht, was mit ihr vorgehe, welche Macht sie hier zurückhalte. In der letzten Zeit habe sie einen bestimmten Menschen im Verdacht: Ihr Vater habe ihr auf dem Sterbebett etwas sagen wollen, was er ihr vorher verheimlicht habe. Warum man sie denn nicht zu Lebzeiten ihres Vaters hierher gebracht habe.

10. 2. Ruhiger. Im Beginn der Erkrankung seien ihr alle Menschen „komisch“ vorgekommen. Es war ihr auch, als ob die Gegenstände nicht ganz klar seien, als ob sie verdunkelt wären. Es kam ihr so vor, als wenn Sand in ihren Augen sei und ihr deshalb alles verschleiert wäre. Manchmal verschwänden ihr die Gegenstände, ohne daß jemand im Zimmer wäre. Sie erkenne die Gegenstände genau, nur erschienen sie ihr alle verschleiert. Wenn sie z. B. die Betten ansehe, erschienen sie ihr nicht so weiß, wie sie in Wirklichkeit sind.

3. 2. Stimmung wechselt, zuweilen zugänglich, dann wieder ablehnend, unfreundlich, weinerlich. Hält an der Idee fest, daß jemand über sie bestimme, daß der Betreffende auch ihre Verwandten beeinflusse, so daß diese sie nicht von hier fortnehmen. Bringt fortgesetzt Klagen über das Essen vor.

15. 3. Spricht spontan nie über ihren Zustand, den schriftlich zu schildern sie ablehnt, unter der Motivierung, die Aerzte wüßten doch alles schon. Hält an der Idee fest, daß Refer. auch beeinflußt sei. Gelegentlich räsonnierend.

1. 4. Die Stimmung der Pat. war einige Tage lang gehoben. Freundlich, zugänglich; dann wieder mehrere Tage lang weinerlich, abweisend. Motiviert ihre Stimmungsschwankungen mit dem Grade der Beeinflussung.

15. 4. Keine weiteren Wahnbildungen mehr, jedoch auch keine völlige Einsicht in ihren Zustand; drängt hinaus. Im Verhalten äußerlich geordnet und besonnen. Keine katatonischen Symptome; läßt

sich nicht wiegen. Sonst kein Widerstreben. Sie denke manchmal, sie müsse etwas Besonderes sein.

30. 4. Pat. ist in den letzten Tagen etwas lebhafter geworden. Morgens liegt sie meist mit weinerlichem Gesichtsausdruck im Bett. Darnach gefragt, warum sie nicht aufstehe, äußert sie, das hänge nicht von ihr ab, darüber habe ein Anderer zu bestimmen.

12. 5. Pat. war gestern Abend sehr erregt, warf mit dem Eßgeschirr um sich, weinte laut. Seit 8 Tagen sei ihr Zustand wieder schlimmer: Allen Jammer der Welt müsse sie durchkosten, sie müsse durch die Charité hindurchgehen, um einer neuen Zukunft entgegenzugehen. — Beklagt sich über die vielen Spiegel an der Decke, die sie belästigen.

24. 5. Berichtet heute, daß sie, weil man so viel mit ihr angestellt habe, auf den Gedanken kommen könnte, von höherer Abstammung zu sein. Bis jetzt glaube sie aber noch, daß diejenigen, die sie bisher als ihre Eltern gekannt, ihre richtigen Eltern wären. — „Ich muß doch etwas Uebermenschliches haben, daß ich trotz der schlechten Nahrung noch in verhältnismäßig gutem Zustande mich befinde. Wenn ich auch nicht höherer Abstammung zu sein behaupte, so behaupte ich doch, daß ich mehr bin als andere Menschen.“ Sie spricht dann davon, daß eine Umwandlung in ihrem Körper vorgegangen sei, und wundert sich darüber, daß das erst in ihrem 30. Lebensjahre geschehen sei. Sie fühle ihren Körper nicht verändert, sie nähme das nur an. Sie habe eine Seelenwanderung durchgemacht.

Wird Frau S. angedet. Als der Arzt sich verbessert: „Reden Sie doch nicht, Herr Doktor; machen Sie mich nicht dümmer, als ich bin. Sollte ich vielleicht schon eine Frau gewesen sein? Sehen Sie, das ist eine Sache, an der ich wirklich schon mal gezweifelt habe. Frau bin ich ja, denn jedes Weib ist Frau, wenn ich auch keinen Ring trage. — Hier ist doch nur die Bezeichnung Mensch, oder sagen wir Weib gefallen. Die ganze Konstruktion des Menschen, oder Weibes, ist doch hier nur in Frage gekommen. Ich kann es nicht ausdrücken, sonst müßte ich wörtlich werden. Auch auf sexuellem Gebiet, es ist doch hier viel vorgegangen.“

26. 5. Klinische Vorstellung. Pat. bringt ihre alten paranoiden Ideen vor. Vor 2 Jahren sei sie noch zweifelhaft gewesen, ob ihr Zustand krankhaft sei. Jetzt sei sie klug geworden, jetzt wisse sie, daß alles nur Beeinflussung von außen sei.

17. 6. Pat. liest, kehrt dem Arzt stets den Rücken zu. Geht im Zimmer auf und ab, räsonniert.

25. 6. Eine Verlegung in ein anderes Zimmer deutet sie als Zurücksetzung.

28. 6. Klagt über Doppeltsehen. Bringt das in Zusammenhang mit ihren Beeinträchtigungen.

8. 7. Zunächst gänzlich abweisend, dann noch widerwillig, später ganz bereitwillig antwortend. Die alten Wahnideen werden unverändert vorgebracht: Der Ausdruck Hypnose sei vielleicht nicht ganz zutreffend, da Hypnose auch bei gewöhnlichen Menschen vorkomme, es sich bei ihr um etwas Uebernatürliches handle. Alle Leute sind hier vom Staate gemietet, um mir zu sagen: Schlafen. Warum habe ich denn solche blödsinnige Angst, wenn jemand an mein Bett kommt, daß ich denke, ich habe einen Mord begangen?

13. 7. Klagt über den häufigen Stimmungswechsel, daß sie nicht Herr ihrer Stimmungen sei. — Wenn ich hier losschimpfe, kenne ich mich gar nicht wieder. — Ablehnend gegen körperliche Untersuchung.

28. 7. Freundlich, entgegenkommend, zugänglich. Sie fühle sich freier, weniger beeinflusst, nur habe sie in der Zeit, als eine Mitpatientin gestorben sei, ein Angstgefühl gehabt in der Herzgegend, das mit deren Tode plötzlich aufgehört habe. Sie klagt über Flimmern vor den Augen. Die Pupillenstarre glaubt sie schon mit 12 Jahren gehabt zu haben. Damals habe ihr ein Optiker schon zwei verschiedene Gläser verschrieben. (Retrospektiv.) Sie läßt sich allerdings leicht darüber belehren, daß die Verwendung der verschiedenen Gläser kaum mit der Pupillenstarre in Zusammenhang gestanden habe. — Sie begreife nicht, warum sie noch hier gehalten werde, es könne doch kein Mensch bestreiten, daß sie zu Höherem bestimmt sei. Wie sie diese höhere Bestimmung sich denken solle, wisse sie nicht. Kommt auf eine bei der letzten Exploration durch Referenten gestellte Frage zu-

rück, ob die höhere Bestimmung etwa politischer Natur sei. Es sei merkwürdig, daß in ihren freieren Zeiten ihr von seiten ihrer Umgebung viel weniger Schwierigkeiten gemacht würden, als wenn sie so sehr beeinflußt werde. Als den Urheber der Beeinflussung glaube sie einen Herrn bezeichnen zu können, zu dem sie früher in näherer Beziehung gestanden habe.

2. 8. Pat. ist in den letzten Tagen lebhaft, fleißig, legt Wert auf Garderobe, lehnt Beeinflussungsvorstellungen ab, gibt über den Beginn des Leidens folgendes an:

In Wiesbaden war ich im Kabarett. Eines Tages konnte ich mich nicht vom Stuhl erheben; ich hatte die Ueberzeugung, die Gedanken, die ich hätte, würden von anderen vernommen. Von einem Freund, ging, ihrer Meinung nach, das Ganze aus, daß sie wie unter Hypnose stand. Bezeichnet auch heute ihren Zustand als einen „Zustand wie im Traume“. Wenn sie in dem Zustand sei, sei es anders, als jetzt; sie könne sich ohrfeigen, daß sie überhaupt so etwas geglaubt habe. Der Zustand trat in der ersten Zeit nur zeitweilig auf. In der Zwischenzeit sei sie frei gewesen, habe es dann für Unsinn gehalten. Hier habe sie es für wahr gehalten, da der Zustand so lange andauerte. Der Grund, daß sie auf den Gedanken der Beeinflussung kam, war der, daß ihr alles verschleiert war, so daß sie glaubte, wie im Traum zu sein. Alles, was geschah, meinte sie, sei auf Veranlassung geschehen. Zu der Annahme eines fremden Ichs sei sie gekommen, weil sie so sehr viel Gedanken hatte, alle Kindheitserinnerungen bis zum 3. Jahre seien sehr lebhaft aufgetreten. Bezeichnet heute als Blödsinn, daß sie die Beeinträchtigungsideen auch in ihre Kindheit verlegt habe. Auch ihre Größenvorstellungen weist sie zurück. Ihre Reizbarkeit führt sie auf das Gefühl der Ungewißheit zurück. Während des ganzen Zustandes sei sie sehr ängstlich gewesen; dann habe sie in ihren freien Zeiten Angst vor dem abermaligen Auftreten des Zustandes gehabt. Die Bestrahlungen und Spiegelungen (23. 9.) betrachtet sie heute auch als tatsächlich; sie habe sie aber falsch gedeutet. Ihre Erregung erkläre sich auch daraus, daß sie geglaubt

habe, alle Menschen wüßten ihre Gedanken. Sie hatte immer das Gefühl, einen starken Geist zu haben. Die Gedanken seien immer sehr rasch abgefloßen. Die Stimmung sei depressiv gewesen infolge der traurigen Gedanken. Es gab aber Stunden, in denen sie ganz vergnügt gewesen sei. Jetzt habe sie keine abnormen Gedanken. Der Schlaf sei seit Beginn der Erkrankung schlecht, das Essen unregelmäßig gewesen; im letzten Jahre viele Fehlschläge in ihrem Beruf. Sie habe sich so von allem Verkehr zurückgezogen, wegen der Angst, daß alle Menschen ihre Gedanken wüßten. Bezeichnet ihren Zustand als krankhaft. Keine Kopischmerzen. Pupillen reagieren auf Licht, l. träge, r. minimal, Konvergenz wenig ausgiebig. Keine Motilitätsstörungen. Sensibilität: etwa 2 fingerbreite Zone etwas unterhalb der Brustwarzen Hypalgesie. Patellarreflexe l = r. Achillessehnenreflexe beiderseits gesteigert.

Zusammenfassung von Fall 1.

Bei einem 30 Jahre alten, wohl psychopathisch veranlagten, mit guter Intelligenz ausgestatteten Stenotypisten entwickelt sich ungefähr acht Jahre nach einer syphilitischen Infektion eine Psychose. Seinerzeit war nur ein Primäraffekt am Penis aufgetreten, die Behandlung bestand in 4 Spritzkuren zu je 10 Spritzen Kalomel. Der Vater des Patienten hatte zwei „Nervenanfälle“ durchgemacht, wahrscheinlich epileptiformer Natur. Aus der Anamnese ist ferner hervorzuheben, daß Patient schon vor seiner Erkrankung ein stiller, grüblerisch veranlagter Mensch gewesen ist. In den letzten 3 Jahren seiner Tätigkeit gesellte sich dazu starke affektive Reizbarkeit. Er war leicht aufbrausend, und wurde im Affekt sogar einmal gegen seine eigenen Angehörigen gewalttätig, woran er sich am folgenden Tage nicht mehr erinnerte. Während er in seiner Jugend stets gesund war, litt er in letzter Zeit an „nervösen Beschwerden“, weshalb er in Berka a. d. Ilm 4 Wochen behandelt wurde. Seit März 1912 beobachtet Patient eine Geherschwerung, die

ständig sich verschlimmerte. Im April 1912 treten auch vorübergehend Blasenstörungen auf. Patient konnte noch bis vor 8 Tagen Dienst tun, dann mußte er seiner wirren Reden wegen entlassen werden. Nach den Angaben der Frau verfolgt Patient sie schon seit 2 Jahren unausgesetzt mit seinen unbegründeten Eifersüchteleien, die so weit gingen, daß er im vergangenen Jahr die Sittenpolizei bat, seine Frau zu überwachen. Abgesehen davon, daß er sich von seiner Frau betrogen glaubt, hält er sich auch in letzter Zeit für verfolgt von deren Freunden. Um diesen Verfolgungen aus dem Wege zu gehen, zieht er zu seinem Vater, wo er 3 Tage vor der Aufnahme einen Erregungszustand durchmachte, bei dem er Verfolger auf sich zukommen sah, das Singen der feiernden Gegner zu hören glaubte usw. Noch stärker war der Erregungszustand, als er auf die Bitte seines Vaters in die eigene Wohnung zurückgekehrt war. Nur mit Mühe konnte er in die Klinik gebracht werden. Hier beruhigte er sich bald. Im Verlauf der Psychose sind deutlich 2 verschiedene Stadien zu unterscheiden. Das erste, in dessen Vordergrund die paranoischen Ideen stehen, währte etwa 7 Monate nach der Aufnahme in die Klinik. In den ersten Wochen berichtet er ausführlich über seine wahnhaften Beeinträchtigungsvorstellungen gegen seine Frau und seine Hausbewohner. Aus der Schilderung läßt sich entnehmen, daß Mißdeutungen seiner Erlebnisse, retrospektive Verfälschungen und (wahrscheinlich auch einzelne) akustische und optische Halluzinationen zur Entwicklung eines z. T. phantastischen Wahnsystems und den zeitweise hervortretenden Eigenbeziehungen geführt haben. Es zeigt sich auch hier in der Klinik zunächst noch die Neigung zu weiterer Progredienz des wahnbildenden Prozesses.

Der körperliche Befund ergab Wassermann im Blut +. Neurologisch fanden sich differente reflektorisch schlecht reagierende Pupillen, schwache Knie-, keine Achillessehnenreflexe, Hypotonie, starke Ataxie, ausgesprochener

Romberg und eine hypaesthetische Zone auf der Brust; vorübergehend bestand Blaseninsuffizienz.

Die örtliche und zeitliche Orientierung war anfangs vollkommen vorhanden, ebenso blieben Merkfähigkeit und Gedächtnis während der ersten 7 Monate vollkommen intakt. Defekte auf intellektuellem Gebiet waren nicht nachweisbar. Pat. konnte bald nach der Aufnahme die Namen der Aerzte, Wärter, Kranken angeben; wußte von den Kranken die Reihenfolge ihrer Aufnahme anzugeben. Vierstellige Zahlen konnte er nach mehreren Minuten richtig produzieren, auch wenn inzwischen seine Aufmerksamkeit durch andere Anforderungen in Anspruch genommen worden war. Seine Lebensdaten gab er sicher, richtig und ohne Widersprüche an. Seine Aufmerksamkeitsleistungen waren gut. Nachsprechen von Zahlen gelang bis zu 7 Stellen. Seine Kenntnisse und Kombinationsfähigkeit ließen eine krankhafte Reduktion nicht erkennen.

Die sprachliche Ausdrucksfähigkeit war gewandt und fließend, was wohl zum Teil mit der Uebung durch seinen Beruf zusammenhängt.

Bei der Schilderung seiner psychotischen Erlebnisse war auffällig seine Weitschweifigkeit, sein Abirren in eine große Summe Einzelheiten, wodurch seine Schilderung den Charakter von Umständlichkeit und assoziativer Schwerfälligkeit erhielt. (Es mag das damit zusammenhängen, daß für den Kranken eben alles, was irgendwie in Beziehung zu seinem Wahnsystem stand, eine abnorme, gleich starke Affektbetonung hatte.) Ideenflüchtige Elemente waren nicht zu erkennen.

Auffallend war schon in dem ersten Stadium, daß der Kranke, während er zuweilen gereizter und mürrischer Stimmung war und mit zornmütigem Affekt seine Beeinträchtigungs-ideen äußerte, zu anderen Zeiten die ihm zugefügten Unbilden in affektarmem, gleichgültigem Tone vorbrachte.

Während Referent anfangs geneigt war, darin eine Dissimulation zu erblicken, hat ihn der weitere Verlauf der Psychose davon überzeugt, daß wir es hier offenbar schon mit Vorboten des später einsetzenden Stadiums zu tun hatten.

Im Verlauf seiner klinischen Behandlung nahm zwar die Neigung zur Reproduktion seiner Beeinträchtigungsvorstellungen auch schon nach den ersten Monaten ab, er begann seltener spontan davon zu sprechen, war bei der Unterredung weniger bereitwillig, ausführlich darauf einzugehen, jedoch hielt er noch daran fest, zeigte keine Korrekturneigung. Mehrmals schrieb er Briefe, deren Absendung an seinen Rechtsbeistand er verlangte. Entrüstet forderte er öfters seine Entlassung. Nicht zu verkennen war eine abnorme Bereitwilligkeit, auf Zureden aktive Maßnahmen zur Durchführung seiner vermeintlichen Rechtsansprüche aufzugeben.

Längere Zeit hindurch wurden subfebrile Temperaturen beobachtet, für die nicht immer entsprechender ätiologischer Befund erhoben werden konnte. Einige Mal machte er in der Klinik eine Angina durch. Wegen vermutlicher Adhäsionen in einer alten Appendektomie-Narbe wurde eine Operation vorgeschlagen, die der Pat. aber verweigerte. Im 7. Monat der Anstaltsbehandlung trat plötzlich ein Schwindel-anfall auf, der mit Blässe des Gesichts und Erbrechen einherging. Diesem ersten Anfall folgte nach 12 Tagen ein ebenso verlaufender zweiter Anfall. Der 2 Tage später erfolgende dritte Anfall ging mit klonischen Zuckungen einher, die sich in kurzen Intervallen folgten. Dabei bestand Temperaturerhöhung. Im Anschluß an diesen Anfall traten Sprachstörungen und Benommenheit auf, die bis zum folgenden Tage vollkommen behoben waren. Jedoch konnte eine leichte zeitliche Unorientiertheit festgestellt werden. In der Folgezeit zeigte sich deutliches Häsitieren der Sprache im Anschluß an weitere Anfälle. Abermals 12 Tage später wurde

ein erneuter Anfall mit klonischen Zuckungen beobachtet, der mit Benommenheit und Schlaf endete und später in einer deliranten Unruhe ausklang. Auch hierbei bestand Temperaturerhöhung bis zu 40,5°. Die Sprachstörungen verschlimmerten sich bis zum Lallen. Die Orientierungsfähigkeit und Merkfähigkeit ist dabei herabgesetzt. Zum Schluß der Beobachtung zeigte der Kranke vollkommene Stumpfheit und Interesselosigkeit. Von den während der ersten Monate geäußerten paranoiden Ideen ist keine Spur mehr vorhanden.

Der ataktische Gang hat sich so verschlimmert, daß der Kranke ohne Unterstützung nicht mehr gehen kann. Krankheitseinsicht ist nur für seine körperlichen Beschwerden: Ataktischer Gang, lanzinierende Schmerzen vorhanden. Die intellektuellen Fähigkeiten sind herabgesetzt, hiertür fehlt dem Kranken die Einsicht.

Epikrise.

Während Referent ursprünglich die Absicht hatte, den Fall I als einen typischen Fall der paranoiden Form der Lues cerebri, wie Kraepelin sie schildert, zu veröffentlichen, hat der weitere Verlauf der Psychose ihn belehrt, daß hier zweifellos nicht nur eine Lues cerebri vorliegen kann. Die positive Wassermannsche Reaktion im Blute, die positive Monnesche Reaktion ebenso wie die starke Lymphozytose lassen an der Diagnose eines organischen Leidens keinen Zweifel. Diese Diagnose wird unterstützt durch den körperlichen Befund. Die Pupillenstarre und Sprachstörungen lassen den Schluß auf ein Beteiligtsein des Cerebrum zu, während die anderen Symptome, die Ataxie, das Fehlen der Reflexe, das Rombergsche Phänomen beweisen, daß der organische Prozeß auch auf das Rückenmark übergegangen ist. Diese mannigfache Lokalisation des Prozesses neben dem positiven Ausfall der für Syphilis spezifischen Wassermannschen Reaktion lassen den sicheren Schluß

zu, daß das organische Leiden durch eine Lues bedingt ist. Damit wäre differentialdiagnostisch die Dem. paranoides, wenn diese Form der Dem. praecox überhaupt zur Differentialdiagnose herangezogen werden sollte, auszuschließen. Aber auch das ganze klinische Bild entspricht nicht dem der Dem. paranoides. In unserem Falle ist (wenigstens in den ersten Monaten der Behandlung) ein Nachlassen des Affektes und jene Zerklüftung der Persönlichkeit, wie sie der Dem. praecox eigen ist, nicht zu bemerken.

Unter den durch Lues bedingten organischen Psychosen kämen also nur die beiden Krankheitsgruppen in Betracht: die Lues cerebri und die Paralyse. In der Tat entspricht der in den ersten Monaten beobachtete Verlauf der Psychose in allen Zügen dem von Kraepelin geschilderten Bilde der paranoiden Form der Hirnlues. Hier wie dort finden wir die neurasthenischen Beschwerden, die allmählich sich entwickelnden Eifersuchtsideen, und endlich stellten sich auch die Verfolgungsideen ein. Verbunden mit Affektsteigerungen treten akustische Halluzinationen auf. Die Personenverkennungen kamen bei vollkommen erhaltenem Bewußtsein nur im Sinne des Wahnsystems vor. Die Merkfähigkeit blieb gut erhalten. Die Stimmung war, abgesehen von den zu Anfang auftretenden Erregungszuständen, meist unzufrieden, resigniert, zeitweise gereizt, mürrisch. Der Kranke verlangte oft energisch seine Entlassung aus der Klinik. Nur sein Bedürfnis nach ärztlicher Behandlung seiner körperlichen Beschwerden, der lanzinierenden Schmerzen, der oft auftretenden Angina mit leichtem Fieber milderte vorübergehend seinen Entlassungsdrang. Das Benehmen des Kranken war meist ruhig und geordnet, nur traten zuweilen im Zusammenhang mit seinen Wahnvorstellungen Zustände zornmütiger Gereiztheit auf. Der Verlauf der Psychose war ein langsamer. Erst 2 Jahre nach Einsetzen der ersten Vorboten wurde die Aufnahme in die Anstalt erforderlich. Soweit

entsprach der Verlauf der Psychose ohne Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionen, das stark ausgeprägte paranoische Bild nach klinischen Erfahrungen der Lues cerebri. Plötzlich setzen nach mehrmonatlicher Behandlung mit Quecksilber und Jod andere cerebrale Symptome ein. Die Anfälle, anfangs leichte Schwindelanfälle, später solche epileptiformer Natur mit anschließender Benommenheit und deliranten Zuständen und ausgesprochen artikulatorischen Sprachstörungen tragen ganz den Charakter paralytischer Anfälle. Dazu kommt eine starke Abnahme der intellektuellen Funktionen, eine Herabsetzung der Orientierungs- und Merkfähigkeit und am auffälligsten mit dem Schwinden jeglichen Affekts der Zerfall des ganzen paranoischen Systems. Aus der Kombination der körperlichen und psychischen Symptome wird man jetzt die Diagnose der Paralyse, und zwar der dementen Form stellen müssen.

Daran zu denken wäre auch, daß eine Kombination von Lues cerebrospinalis mit Paralyse vorliegt.

Wir müssen also einen atypischen Verlauf der Paralyse oder eine Kombination von Lues cerebri mit Paralyse in Erwägung ziehen. Plaut hat, allerdings im Gegensatz zu anderen Autoren, unter 713 Fällen von Paralyse nur 2 mit paranoischem Symptomenkomplex gefunden, einer von diesen ist von Alzheimer histologisch untersucht worden, der typische paralytische Veränderungen ohne Komplikation mitluetischen fand, in dem zweiten Fall konnte die Diagnose der Paralyse intra vitam nicht mit voller Sicherheit gestellt werden. In vier anderen Fällen, wo das Vorkommen von akustischen Trugwahrnehmungen und deren paranoische Verarbeitung auf andere Psychosen, als Erscheinung eines paralytischen Prozesses angenommen wurde, stellte sich später heraus, daß es sich um eine Fehldiagnose gehandelt hatte. In drei anderen Fällen von Paralyse mit akustischen Halluzinationen waren diese nach Plaut offenbar auf eine

alkoholische Basis zu beziehen. Es waren beschimpfende Phoneme, die in Anfang der Erkrankung bei schweren Trinkern auftraten und sehr bald schwanden. Auch in den beiden oben erwähnten Fällen hat Plaut eine eigenartige Reaktionsweise infolge besonderer Veranlagung nachgewiesen. In dem einen Falle war der Vater des Patienten vorübergehend in höherem Lebensalter an einem schweren depressiven Erregungszustand von ausgesprochen paranoidem Charakter mit massenhaften Gehörstäuschungen psychisch erkrankt, wobei die hypochondrischen Wahnideen z. T. in auffallender Weise mit denen des Sohnes übereinstimmten. Auch in dem zweiten Falle waren zwei Vettern (Söhne des Vatersbruders) mit paranoiden Halluzinationen psychisch erkrankt. — Nun ist unser Patient zweifellos ein von Jugend an psychopathisch veranlagter Mensch gewesen, der bei guter intellektueller Befähigung eine abnorme Betonung des Selbstbewußtseins erkennen ließ; dieses kommt auch während der Psychose zum Ausdruck.

Die Annahme einer atypisch verlaufenden Paralyse ist nicht von der Hand zu weisen.

Jedenfalls muß man auch an die Möglichkeit einer Kombination von Lues cerebri und Paralyse denken, wie sie gelegentlich beobachtet wurde.

Der Blut- und Liquorbefund drängt uns nicht zu einer Entscheidung in irgendeiner Richtung, so daß die Frage wohl nur durch die anatomische Untersuchung wird entschieden werden können.

Zusammenfassung von Fall 2.

Eine 34jährige Frau, die vor 8 Jahren Lues akquirierte. 2 Schmierkuren. Wassermann im Blut +. Die Liquoruntersuchung unterblieb leider. Ueber den Beginn der Psychose erfahren wir nichts Genaues. Die eigene

Anamnese ergibt, daß sie glaubt, seit 7 Jahren unter fremdem Einfluß zu stehen. Von seiten der Mutter ist die Patientin erblich belastet. Sie selbst gibt an, „daß sie in ihrer Jugend es in keiner Stellung lange ausgehalten habe, weil sie sich mit ihrer Umgebung nicht vertragen konnte. Zweifellos haben wir es hier mit einer abnormen psychischen Veranlagung zu tun. Subakut entwickelte sich bei ihr eine Psychose, die mit zahlreichen Beeinträchtigungs-ideen und Eigenbeziehungen einherging. Wir erkennen in ihnen Mißdeutungen des Gefühls psychischer Unfreiheit und assoziativer Störungen. Dazu kamen offenbar akustische und optische Sinnestäuschungen, teilweise mit bestimmter Projektion auf ihre Umgebung. Die subjektiv empfundenen psychotischen Symptome wurden paranoisch verarbeitet; zeitweise stand die Kranke ihnen mit Zweifel und Ratlosigkeit gegenüber. Im Zustande gehobenen Selbstbewußtseins wurden sie von der Kranken als Zeichen besonderer Stellung und Begabung mißdeutet. Personenverkennungen, zeitliche und örtliche Unorientiertheit konnten nicht festgestellt werden. Zeitweilig äußerte sie unklare Gedankengänge. Ein Intelligenzdefekt war im übrigen nicht nachweisbar.

An körperlichen Symptomen bot die Patientin Pupillendifferenz und einseitige reflektorische Starre. Gegen Ende der Behandlung waren Sensibilitätsstörungen leichteren Grades nachweisbar.

Im Anschluß an eine Schmierkur und reichliche Jod-Medikation trat ziemlich plötzlich im 9. Monat der Anstaltsbehandlung eine wesentliche Besserung ein, die mit nahezu vollkommener Krankheitseinsicht einherging. Das Gefühl körperlicher Veränderung im Sinne einer gesteigerten Leistungsfähigkeit war deutlich ausgeprägt. Im Gegensatz zu ihrer früheren depressiven und gereizten Stimmung war die Kranke heiter und zugänglich.

Epikrise.

Symptomatologisch erscheint das Krankheitsbild, wie das einer paranoiden Dementia. Dafür spräche die anscheinend langsame, über mehrere Jahre sich hinziehende Entwicklung der Psychose bis zur Höhe des paranoiden Prozesses. Auch die häufig zusammenhanglosen Reden, wie der an die Mutter gerichtete Brief würden im Verein mit den häufigen Stimmungsschwankungen auf die Dem. paranoides hinweisen. Diagnostische Schwierigkeiten ergeben sich nur aus dem Vorhandensein einer Lues und vor allen Dingen aus der später einsetzenden Remission mit teilweiser Krankheitseinsicht. Auch die trotz jahrelangen Krankheitsverlaufs dauernd vorhandene affektive Regsamkeit ist ungewöhnlich für eine Psychose aus der Dem. praecox-Gruppe. Die Angaben, daß sie unter Hypnose stehe und beeinflußt werde, daß sie wie im Traum zur Charité gekommen sei, daß sie auf Aufforderung essen und schlafen müsse, daß ihre Wutausbrüche nicht von ihrem Willen abhängig seien, sondern sie sich dabei selbst nicht kenne, weisen auf die Möglichkeit psychomotorischer Störungen hin, zeigen jedenfalls, daß hier die dem gesunden Seelenleben eigene Einheitlichkeit zwischen Vorstellung und dem Bewußtsein der Willkürbewegungen nicht gewahrt geblieben ist. Als sekundäre Erklärungsvorstellung resultiert die Vorstellung äußerer Beeinflussung, unter Hypnose von fremdem Willen abhängig zu sein.

Die einzigen neurologischen Symptome, die uns dieser Fall bietet, sind die Pupillenstarre und die gürtelförmige Hypalgesie. Intellektueller Defekt war nicht nachzuweisen.

Wie schon gesagt, fehlte die systematisierende Verarbeitung der einzelnen auf krankhafter Grundlage entstandenen Vorstellungen; nur gelegentlich zeigt die Patientin ganz schwache Versuche einer einheitlichen kausalen Erklärung, alles gehe von einem Freunde aus; dabei ist, wie schon betont, die affektive Regsamkeit nicht herabgesetzt, sondern

im Gegenteil lebhaft. Darin, daß trotzdem die Systembildung ausbleibt, könnte man ein Zeichen schizophrener Assoziationsstörungen erblicken, wir wissen aber, daß auch bei paranoischen Zuständen auf organischer Grundlage, auch bei cerebraler Lues, die systematisierende Wahnverarbeitung oftmals sehr dürftig ist, während sie in anderen Fällen ausgeprägter ist; offenbar spielen auch dabei individuelle Eigentümlichkeiten der psychischen Konstitution eine Rolle.

Die Remission bezw. Heilung in zeitlichem Zusammenhang mit einer antiluetischen Kur kann uns nicht dazu veranlassen, die Diagnose Dementia paranoides gänzlich fallen zu lassen. Da nun aber die Lues serologisch nachgewiesen ist, körperliche Symptome auch das Ergriffensein des Nervensystems unzweifelhaft machen, da ferner klinische Erfahrung das Vorkommen ähnlicher Psychosen bei durch Lues bedingten organischen Gehirnerkrankungen sicherstellt und da nach einer eingehenden antiluetischen Kur die Psychose allmählich schwand, kann die Möglichkeit einer paranoischen Psychose auf luetischer Grundlage nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Weitere Beobachtung des Krankheitsfalles kann vielleicht zu sicher begründetem Urteil führen: unterstützend dabei könnte die diagnostische Lumbalpunktion sein.

Zum Schlusse möchte ich nicht versäumen, Herrn Geheimrat Bonhoeffer für die liebenswürdige Ueberlassung des Materials und die Förderung der Arbeit meinen gehorsamsten Dank auszusprechen.

Literatur

1. (Zit. nach Nonne, Syphil. u. Nervensyst. S. 275.)
2. Hildebrandt, De la Syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale 1857.
3. Wille, Die syph. Psychosen, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 23, 1871.
6. Kowalewsky, Geistesstörungen bei Syphilis. Allg. Zeitschr. für Psych. 1899, Bd. 50.
 1. Syph. Melancholie u. Hypochondrie, bes. in Form von Syphilidophobie mit mehr oder weniger ausgesprochener Dementia.
 2. Seltene Paranoia entweder als Halluzin.-Paranoia oder als hypochondrische Paranoia. Syphilidophobie.
 3. Häufiger Amentia.
 4. Dementia, die nach Ansicht aller Autoren als charakteristisches Symptom der Hirnlues gilt.
 5. Akute Psychosen: Delirium acut. oder Mania acut.
7. Gerhardt, Ueber Hirnsyphilis, Berl. Klin. Wochenschr. 1886, Nr. 1.
 8. Wickel, Kasuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Lues cerebri diffus. und Dementia paralytica. Archiv für Psychiatrie. Bd. 30, 1898.
 9. Klein, Kasuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Dementia paralytica u. Pseudoparal. luetica. Monatsschrift für Psych. u. Neurologie, 1899, Bd. V u. VI.
 10. Tuczek, Beiträge zur pathol. Anatomie etc. der Dementia paralytica, Berlin 1884.

11. Jolly, Syphilis und Geisteskrankheiten, Berl. Klin. Wochenschr. 1901, Nr. 1 (zitiert nach Birnbaum: Ueber Geistesstörungen bei Syphilis, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie LXV).

12. Nonne (Syphilis und Nervensystem).

13. Schüle (zit. nach Klein), Kasuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Dementia paralytica und Pseudoparalyses luetica (Fournier).

14. Ziehen, Psychiatrie 1901.

15. v. Krafft Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie und die progressive Paralyse, Monographie.

16. Westphal: Ueber die Differentialdiagnose der Dem. paralytica. Med. Klin. 1905 Nr. 27 u. 1907 Nr. 4 u. 5.

17. Kassirer, Tabes und Psychose, Berlin 1903.

18. Nageotte, Tabes und Paralysie générale, Thèse de Paris 1896.

19. Möbius, Ueber die Tabes, Berlin 1897.

20. Neebe Geistesstörung bei Tabes dorsalis, I. D. Straßburg 1885.

21. Plaut, Ueber Halluzinosen der Syphilitiker, Berlin 1913.

22. Otto Meyer bringt in einem Aufsatz (Beitrag zur Kenntnis der nichtsyphilitischen Psychosen bei Tabes dorsalis, Monatsschrift für Psychiatrie und Neurol. 13,522 1903) folgende Statistik:

Bei Tabes simplex		bei Tabes mit Psychose
Optikusatrophie	8 %	57 %
Augenmuskellähmung	15 %	57 %

23. Hauptmann tirierte den Liquor, von der bisherigen Gebrauchs-dosis 0,2 ausgehend, jedesmal um 0,2 bis zu der unverdünnten Anwendung 1,0 ansteigend, aus.

24. Kraepelin, Psychiatrie, 8. Auflage 1910.

Lebenslauf

Ich ,Kaspar Franz Josef Hesse, bin am 10. Januar 1891 zu Wiesbaden als Sohn des Gymnasialprofessors Hesse und seiner Ehefrau Amalie geb. Becker geboren. Ich bin katholischer Konfession. Von Ostern 1897 bis Ostern 1900 besuchte ich die Volksschule zu Hadamar (Prov. Hessen-Nassau), trat dann in das Gymnasium ebenda ein, das ich nach bestandener Reifeprüfung Ostern 1909 verließ. Ich studierte zunächst in Würzburg und trat dann Michaelis 1910 in die Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen zu Berlin ein. Ende Februar 1914 wurde ich zum Unterarzt ernannt und stand in der Ableistung des praktischen Jahres in der Kgl. Charité, als der Krieg ausbrach. Anfang August 1914 bestand ich das Notexamen und erhielt darauf sofort die ärztliche Approbation. Seitdem bin ich im Felde meist als Truppenarzt tätig gewesen.

